

Küçük Hayvan Cerrahisi

Rodolfo Brühl Day (Coordinator)

María Elena Martínez

Pablo Meyer

José Rodríguez Gómez

Çeviri Editörü:

Ömer Beşaltı



İatrojenezis

Malpraktis

Postoperatif Hematom ve
Seroma

Postoperatif Enfeksiyon

Fistül

Yara Açılması

Adezyon

Bandaj



Cerrahi Atlas, Adım Adım Rehber

Cerrahide Hata ve Komplikasyonlar



GÜNEŞ TIP
KITABEVLERİ



Küçük Hayvan Cerrahisi

Küçük Hayvan Cerrahisi

Cerrahi Atlas, Adım Adım Rehber Cerrahide Hata ve Komplikasyonlar

Türkçe 1. Baskı

Türkçe Telif Hakları 2020

ISBN: 978-975-277-846-7

Orijinal Adı: Small animal surgery, Surgery atlas, a step-by-step guide. Errors and complications in surgery

Yayınevi: Servet

Yazarlar: Rodolfo Brühl Day, María Elena Martínez, Pablo Meyer, José Rodríguez Gómez

Çeviri Editörü: Ömer Beşaltı

Orijinal ISBN: 978-84-17225-23-0

Kitabın 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Yasası Hükümleri gereğince (kitabın bir bölümünden alıntı yapılamaz, fotokopi yöntemiyle çoğaltılamaz, resim, şekil, şema, grafik v.b.'ler kopya edilemez) tüm hakları Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.'ne aittir.

Yayıncı ve Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör: Dr. Ufuk Akçıl

Yayına Hazırlama: Güneş Dizgi-Grafik Tasarım Birimi

Baskı: Ayrıntı Basım Yayım ve Matbaacılık Hizmetleri Sanayi Ticaret Anonim Şirketi

İvedik Organize Sanayi 2284 Sokak No:105/A Ostim Yenimahalle / Ankara

Telefon: (0312) 394 55 90 - 91 - 92 • Faks: (0312) 394 55 94

Sertifika No: 49599

UYARI

Medikal bilgiler sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. Standart güvenlik uygulamaları dikkate alınmalı, yeni araştırmalar ve klinik tecrübeler ışığında tedavilerde ve ilaç uygulamalarındaki değişikliklerin gerekli olabileceği bilinmelidir. Okuyuculara ilaçlar hakkında üretici firma tarafından sağlanan ilaca ait en son ürün bilgilerini, dozaj ve uygulama şekillerini ve kontrendikasyonları kontrol etmeleri tavsiye edilir. Her hasta için en iyi tedavi şeklini ve en doğru ilaçları ve dozlarını belirlemek uygulamayı yapan hekimin sorumluluğundadır. Yayıncı ve editörler bu yayından dolayı meydana gelebilecek hastaya ve ekipmanlara ait herhangi bir zarar veya hasardan sorumlu değildir.

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43
Faks: (0212) 356 87 44

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel: (0216) 546 03 47

www.guneskitabevi.com
info@guneskitabevi.com



www.guneskitabevi.com

Küçük Hayvan Cerrahisi

José Rodríguez (Editor and coordinator)

Jorge Llinás

Roberto Bussadori

Salvador Guillén

Çeviri Editörü:

Ömer Beşaltı



Cerrahi Atlas, Adım-Adım Rehber
**Cerrahide Hata ve
Komplikasyonlar**

Teşekkür

Her şeyden önce, meslek ve kişisel hayatımdaki sürekli desteği için eşim Sandra'ya, teşekkür etmek istiyorum.

Çocuklarım Tadeo ve Lara'ya günlük gelişimleri için minnettarım. Bana çabalamak için güç veriyorlar.

Profesyonel faaliyetlerimiz boyunca edindiğimiz deneyimleri paylaştığımız bu yeni projeye duydukları güven için meslektaşlarımıza, ortak yazarlarımıza ve işbirlikçilerimize, teşekkür etmek istiyorum.

Bugün sahip olduğumuz bilgi ve hazırlığa tereddütsüz büyük katkıda bulunan hastalarımıza minnettarım.

Bu yayının önemine inanan tüm profesyonellere ve ileri seviyedeki öğrencilere teşekkür etmek istiyorum.

Bu kitabın düzenlenmesinde gösterdikleri sürekli rehberlik ve profesyonellik için Rut Varea başkanlığındaki Servet Yayıncılık ekibine, çok teşekkür ederiz.

Küçük Hayvan Cerrahisi serisindeki bu yeni cildin detaylandırılmasında bize güvendikleri için Grupo Asís Biomedia'ya, bir kez daha teşekkür ediyorum.

Rodolfo Brühl Day

Teşekkür etmek isterim:

Yıllar boyu hastaları hakkında bana güvenen ve hem iyi hem de kötü zamanlarda yanımda bulunan meslektaşlarıma,

Bize ailelerinin çok özel bir üyesini ameliyat etmek üzere emanet eden hasta sahiplerine,

Onları, zor ve acı verici koşullarda görmemize rağmen bize tüm sevgilerini veren insan olmayanlara. Sürekli gelişmeme, öğretmeme yardım ediyorlar ve umarım beni asla terk etmezler,

Kendimi sevdiğim şeye adamamı kolaylaştıran ailem Dano, Carlotta, Rosarito, Cuzca ve Forrest'e,

Bu karmaşık vakalar koleksiyonunu cerrahlara ve ilgili alanlardaki tüm klinisyenlere ve profesyonellere ithaf etmek istiyorum. İlk konsültasyondan postoperatif döneme kadar herhangi bir zamanda bir hatanın meydana gelebileceği ve hastanın hayatına mal olabileceği sayısız durum vardır. Bu nedenle, hatalarımızı analiz etmek, adımlarımızı takip etmek ve “eleştirel yansıma” yı öğrenmemizin önemli bir parçası haline getirmek, “yansıtıcı cerrah” rolünü üstlenmek için “operatör” rolünü bir kenara bırakmak çok önemlidir, çünkü deneyimlerden öğrenmiyoruz, deneyimlerden yansıyanlardan öğreniyoruz.

Harika bir öğretmen ve Cerrah, Dr René Favaloro'dan iki alıntı hatırlıyorum:

““Doktorun hastalarıyla acı çekmeyi bıraktığı gün neşteri atma ve artık ameliyat yapmama zamanıdır” ve “Artık hastasının acısına katılmayan ve ölümlerinden acı çekmeyen doktor, sadece doktor olmayı değil insan olmayı da bırakmış olur”.

Sadece teşekkür etmek istiyorum!

María Elena Martínez

İkinci kitabımız nihayet yayınlandı. Bir kez daha bu yeni girişimde bizi destekleyen herkese çok minnettarım;

Servet Yayıncılığı - Grupo Asís Biomediaya bize tekrar güvendikleri için,

Öğretmenlerime, aileme, arkadaşlarıma ve meslektaşlarıma,

Kızım ve eşime.

Havlamaları ve miyavlamalarıyla meslekte bizi tatmin ettiren ve dünyanın en iyi işini seçtiğimizi hatırlatan “dört ayaklılara”,

Bana 20 yıl boyunca eşlik ettikten sonra nihayet diğer üç arkadaşına katılan sevgili Madam Mimm'e, Tanrı bilir “fantastik dördü”m tekrar nerede birlikteler. Ve hayattaki yeni ortağımız Jack Sparrow'a.

Pablo Meyer

Editörler

Rodolfo Brühl Day, DVM (coord.)

Rodolfo Brühl Day, 1977 yılında Buenos Aires Üniversitesi'nde (Arjantin) Veteriner Fakültesi'nden mezun oldu. Onur (Magna cum Laude) ile mezun oldu ve en iyi akademik ortalamaya ödülünü aldı. 1984 yılında Kaliforniya Üniversitesi Veteriner Hekimliği Eğitim Hastanesinde (Davis, ABD) küçük hayvan cerrahisi ihtisasını tamamladı. 1998 yılında Buenos Aires Üniversitesi Veteriner Fakültesi Küçük Hayvan Cerrahisinde Charter Diplomatu oldu. Buna ek olarak, Veteriner ve Biyolojik Bilimler yönelimli Üniversite Öğretimi uzmanı (2000) ve Latin Amerika Veteriner Oftalmologlar Koleji (2002) diplomatıdır. Yakın zamanda Arjantin Veteriner Meslek Konseyi tarafından Küçük Hayvan Cerrahisi Uzmanı olarak atandı (2017).

Kariyeri boyunca çeşitli üniversitelerde (Veteriner Fakültesi, Buenos Aires Üniversitesi; Veteriner Fakültesi, California Üniversitesi; ve Ross Üniversitesi, Veteriner Fakültesi, Saint Kitts, Batı Hint Adaları) ders verdi. 2008'den beri küçük hayvan cerrahisi profesörü ve St. George's Üniversitesi (Grenada, Batı Hint Adaları) Veteriner Fakültesi'nde Küçük Hayvan Hekimliği ve Cerrahi Bölümü direktörüdür. Aynı üniversitenin Küçük Hayvan Kliniği'nde cerrahdir.

Dr. Brühl Day; çok sayıda ödenek, ödül ve unvan aldı ve kitaplar, dergiler ve eğitim materyalleri gibi çok sayıda yayına katkıda bulundu. Aynı zamanda seminer ve kurslarda konuşmacı olarak yer aldı ve kariyeri boyunca sürekli mesleki gelişim ile eğitimine devam etti.



María Elena Martínez, DVM

María Elena Martínez 1991 yılında Buenos Aires Üniversitesi Veteriner Fakültesi'nden (FCV-UBA) mezun oldu. 1998-2006 yılları arasında FCV-UBA'da Küçük Hayvan Cerrahisi ve Anesteziyoloji Anabilim Dalı'nda profesördü. 2002 yılında Buenos Aires Üniversitesi'nden Küçük Hayvan Cerrahisi Diploması aldı. Arjantin Nöroloji Derneği'nin (Neurovet Argentina) cerrahi bölümünün kurucu üyesidir ve Ulusal La La Pampa Üniversitesi'nde (Arjantin) Nöroloji Diploma programının bir parçası olarak Nöroşirurji Alanı başkanıdır. Neurolatinvet (Latin Amerika Veteriner Nöroloji Derneği) üyesidir. Gramercy Park Hastanesi (NY, ABD) ve Missouri Üniversitesi (ABD) gibi yabancı merkezlerdeki uzmanlığı konusunda geniş tecrübe kazanmış ve Kolombiya, Şili, Peru ve Bolivya'daki çok sayıda kongre ve uzmanlık programında konuşmacı olarak yer almıştır.

Pablo Meyer, DVM

Pablo Meyer, 1986 yılında Buenos Aires Üniversitesi Veteriner Bilimleri Fakültesi'nden (UBA) mezun oldu. 2003 yılında UBA'dan Küçük Hayvan Cerrahisi Uzmanı Diploması aldı. 2007-2009 yılları arasında UBA'da Küçük Hayvan Cerrahisi Uzmanlık Programı kapsamında Cilt Cerrahisi ve Rekonstrüksiyonu dersleri verdi. 2010'dan beri aynı programın bir parçası olarak Göğüs Cerrahisi dersleri vermektedir. Ayrıca Buenos Aires Üniversitesi Veteriner Fakültesi Veteriner Eğitim Hastanesi'nde Cerrahi Servisinde cerrah olarak görev yapmaktadır. Ayrıca Onkoloji Profesörü, Şili ve Peru'da akademik konuşmacıdır. Dr Meyer, ilgili alanlardaki dergilerde çeşitli makale ve yayınların yazarıdır ve onkoloji ve cerrahi konferanslarına katılmıştır.

Yazarlar

José Rodríguez Gómez, DVM, PhD

José Rodríguez Gómez Madrid Complutense Üniversitesi'nden (İspanya) veteriner hekimliği mezunudur. Zaragoza Üniversitesi'nde (İspanya) Hayvan Patolojisi Bölüm Başkanı ve Veteriner Valensiya Valencia Sur'da (Valencia, İspanya) veteriner hekimdir. Küçük Hayvan Cerrahisi: Cerrahi Atlası, Adım Adım Kılavuz'un yazarlarından biri ve serinin bu cildinin video editörüdür.

Tomás Guerrero, DVM, PhD, Dip. ECVS

Tomás Guerrero, 1993 yılında Buenos Aires (Arjantin) La Plata Ulusal Üniversitesi'nden veteriner hekimliği mezunudur. 2000 yılında Zürih Üniversitesi'nde (İsviçre) küçük hayvan cerrahisi uzmanlığına başladı, burada intörlük ve sonrasında küçük hayvan cerrahisi rezidensini tamamladı. 2003 yılında Zürih Üniversitesi'nde "köpeklerde çapraz bağ eksikliğinde tuberositaz tibianın ileri taşınması" adlı tezi ile doktorasını tamamladı. 2005-2011 yılları arasında Zürih Üniversitesi küçük hayvan hastanesinin Cerrahi Alanında yardımcı doçent olarak çalıştı ve 2006 yılında Avrupa Veteriner Hekimler Koleji (ECVS) diploması oldu. 2013 yılında Zürih Üniversitesi'nden Venia Legendi (habilitation) aldı. 2011 yılından beri St. George'un Veteriner Fakültesi'nde (Grenada, Batı Hint Adaları) küçük hayvan cerrahisi profesörüdür.

AOVET'in tanınmış bir üyesidir ve şu anda AOVET Latin Amerika Bölge Kurulu'nun başkanıdır.

Dr. Guerrero, Köpeklerde 3D Eklem Anatomisi, Başlıca eklem patolojileri ve cerrahi yaklaşımlar ile Diz eklem ortopedik patolojileri gibi SERVET tarafından yayınlanan önceki çalışmaların ortak yazarıdır.

Cerrahide Hata ve Komplikasyonlar

Önsöz

“En kötü kısım hata yapmak değil, bunu düşüncesizliğimizin veya cahilliğimizin sonucu cennetten gelen bir uyarı olarak kullanmak yerine haklı çıkmaya çalışmaktır.”

Santiago Ramón y Cajal

Veteriner literatüründe hipotez, teori, yöntem, tanı ve tedavileri kanıtlamaya veya gözden düşürmeye adanmış birçok çalışma vardır. Varsa, çok azı kökenlerine bakılmaksızın, evcil hayvanlarda yapılan cerrahi prosedürlerin bir sonucu olarak görülen bazı hataların nasıl tanımlanacağı, analiz edileceği ve düzeltileceği üzerinde durmuştur.

Bu anlamda, *Cerrahideki Hatalar ve Komplikasyonların* mevcut baskısı veteriner hekimlere bazı başarısızlıklarının nedenini ve aynı zamanda bunları düzeltmek için uygun prosedürleri bulma şansı vermektedir. Jules Verne: “Bilim, sonuçta gerçeğe götüren adımlardan oluşan hatalardan oluşur.” Hastanın hayatı genellikle buna bağlıdır.

Yazarlar genel cerrahi prensiplerinde bazı eksiklikler ile göğüs, karın, kemik ve hatta onkolojik prosedürlerdeki operasyonlardan kaynaklanan çeşitli hata ve komplikasyonları ayrıntılı olarak ele almışlardır. Bütün bunlar net ve açıklayıcı bir şekilde, yüksek çözünürlüklü fotoğraflar ve net ve hassas çizimlerle sunulmaktadır. İlgili bilgiler arka plan renkli metin kutularında vurgulanmış olarak bulunabilir ve bazen okuyucu bu kitap serisindeki diğer metinlerin sayfalarına yönlendirilir.

Sonuç olarak, dikkatle tasarlanmış ve mükemmel şekilde resimlenmiş, okunması kolay bir kitaptır. Yüksek kalitesi ve güncel içeriği ile şüphesiz her veteriner hekim için yararlı bir referans olacaktır.

Michel de Montaigne doktorların hatalarından “Doktorlar şanslı. Güneş başarıları üzerinde parlıyor... ve toprak başarısızlıklarını gizliyor ” şeklinde bahsetmiştir. Bu çalışmanın yazarları, bu kadar yüksek bir görüşü hafifletmek için büyük çaba sarf etmişlerdir.

Prof. Dr Eduardo J. Durante

Senior Associate Dean

St. George's University, School of Veterinary Medicine

(Grenada, West Indies)

Önsöz

“Cerrahide ilk büyük hata gereksiz yere ameliyat yapmak; ikincisi ise cerrahın yeterli teknik beceriye sahip olmadığı bir prosedür uygulamasıdır.”

M. Thorek

Küçük Hayvan Cerrahisi serisindeki bu yeni kitabın amacı, günlük pratikte oluşan cerrahi hataları gözden geçirmektir. Bazıları istem dışı oluşur, bazıları ise sınırlı yetenek veya yetersiz eğitimin, uzmanlık eksikliğinin, uygun cerrahi tekniğin veya belirli bir prosedürü gerçekleştirmek için gerekli aletlerin eksikliğinin sonucudur. Tecrübe eksikliği de hasta için faydalı bir sonuç alınmasında önemli bir rol oynar.

Sevk edilen olgular bazen zor olabilir, bu nedenle ilgili alanda uzmanlaşmış, eğitimde ve klinikte yıllarca tecrübesi olan cerrahlar; her olguyu adım adım, nasıl tanı konduğunu ve ameliyatla nasıl çözüldüğünü açıklayacaktır.

Başka bir profesyonelin hatasıyla yüz yüze gelmek, genellikle ciddi bir etik ikileme dönüşebilir. Bu, bir meslektaşın çalışmasını kınamadan gerçeklerle nasıl yüzleşeceğini bilmemek anlamına gelir.

Bu kitabın amacı başkalarını suçlamak değil, küçük hayvan cerrahisinin günlük uygulamalarında ortaya çıkan hataları ve cerrahi komplikasyonları gözden geçirmektir.

Bu kitabın, tüm çözümleri sunmamasına rağmen, bizi dikkat etmeye, çalışmaya ve araştırmaya devam ettiren kanıtları öne çıkaran, ayrıca cerrahi becerileri ve ameliyat ekibinin ameliyathanedeki tutumunu geliştirmek için ideal bir alan sağlayan referans bir kitap olmasını umuyoruz.

Bu kitap, hem klinik hem pratik açıdan serinin diğer ciltlerinin yolunu izlemektedir. Bu eser; acemi cerrahlar, asistanlar ve aynı zamanda deneyimli cerrahlara yöneliktir çünkü bazı kurallar dikkate alınmazsa her zaman hataya yer vardır.

Kazalar az ya da çok herkesin başına gelebilir. Hangi avcı bir noktada tavşanı kaybetmedi? Bununla birlikte, açıklanan olgular arasında bize ait olanlar da var; buradaki fikir diğer meslektaşlarımızın aynı hataya düşmesini önlemek için neyin yanlış gittiğini utanmadan paylaşmamızın gerektiğidir. Buna beceri edinme, uygun olmak denir.

Tüm veteriner hekimler eğitim görmeli, eğitimlerini akredite etmeli ve bunu gerçeklerle kanıtlamalıdır. Bilmediklerini yapmamalı, yeterli imkanları olmayan bir yerde çalışmamalıdır.

Hata yapmak insanidir, örtbas etmek affedilemez ve öğrenmekte başarısız olmak mazeret değildir.

Önemli olan, ne olduğunu nasıl anlayacağınızı ve sorunu ya da komplikasyonu nasıl çözeceğinizi bilmektir; bize emanet edilen bir hastaya zarar vermenin sorumluluğu başkasına devredilemez.

Sadece başarıyı sunanlar, deneyimlerinin tüm yelpazesini göstermezler.

Sonuç olarak, hastalara fayda sağlamak için insanların hatalarından öğrenmeyi teşvik etmek ve cerrahi prosedürün hak ettiği başarıya ulaştığına emin olmak için en ufak ayrıntısına kadar planlanmasının önemini vurgulamak önemlidir.

Rodolfo Brühl Day

Çeviri Editörü Önsözü

Hekimlik mesleğinin icra edilmesinde her zaman sanatsal ve gizemli bir yeri olan Veteriner Cerrahiyi, Veteriner Hekim adaylarına sevdirmek açısından Küçük Hayvan Cerrahisi serisinin önemli bir yer tutacağı inancındayım. Bu seri kapsamında; "Cerrahide Hata ve Komplikasyonlar " adlı cilt Veteriner Hekimlik mesleğine henüz başlayanlar için kısa sürede anlaşılacak teknik, resim ve videolar içermektedir. Kitapta profesyonel cerrahlar için hatırlatma tarzında da olsa birçok operasyondan önce gözden geçirilecek pratik bilgiler yer almaktadır. Bu kitabın çeviri editörlüğünü kabul etmemim en önemli nedeni; meslektaşlarım için yardımcı olacak pratik, kolay anlaşılır ve yol gösterici bilgiler içermesi ve hastalarımıza daha kaliteli bir yaşam sunmada yararlı olacağına inancımdır.

Bu baskının Türkçe çevirisi için önerimi kabul eden çeviri kurulunda yer alan tüm meslektaşlarıma teşekkürü bir borç bilirim. Bölümler ve yazarlar arasında dil ve üslup birlikteliğini sağlamak üzere yapılan redaksiyon çalışmalarında daha kolay anlaşılır bir Türkçe hedeflenmiştir. Buna karşın dikkatimizden kaçan veya Türkçe karşılığını bulmakta güçlük çektiğimiz kelime veya deyimler nedeniyle olan hataların meslektaşlarımız tarafından hoş görüleceğine inanıyorum.

Küçük Hayvan Cerrahisi serisinin Cerrahide Hata ve Komplikasyonlar cildini Türkçeye kazandırma konusundaki düşünceleri için Güneş Tıp Kitabevleri yöneticilerine ve dizgide emeği geçen tüm emekçilere şahsım ve hayvan dostlarımız adına müteşekkirim.

Kitabın hazırlanma sürecinde sağladıkları destek ve anlayışları için öncelikle eşim Nuray ile oğullarım Fırat ve Murat'a şükranlarımı sunuyorum. Kitabın redaksiyonunda yardımcı olan, araştırma arkadaşlarım; Selahattin Halil Ergin, İlayda Pazarbaşılar, Eren Uslu, Dilara Acetler ve Ali Furkan Erdoğan'a teşekkür ederim. Bana akademik dünyanın kapılarını açan, olaylara yaklaşımı, eleştirileri ve sohbetlerinde her zaman ayrı bir derinlik, anlam ve haklılık gördüğüm, ömür boyu özlem, şükran ve hürmetle anacağım hocam Prof. Dr. Erdoğan SAMSAR'a minnettar olduğumu belirtmek isterim.

Bu kitabın Veteriner Hekim adaylarına, henüz kariyerinin başlangıcında olan Veteriner Hekimler ve profesyonel Veteriner Cerrahlar için yararlı olacağını umut ediyorum.

Saygılarımla

Ömer Beşaltı
A.Ü. Veteriner Fakültesi
Cerrahi Anabilim Dalı
Ocak 2021

Çeviri Kurulu

Dr. Pınar CAN

Ankara Üniversitesi Veteriner Fakültesi Cerrahi
Anabilim Dalı Ankara

Prof. Dr. Emine ÜNSALDI

Fırat Üniversitesi Veteriner Fakültesi Cerrahi
Anabilim Dalı - Elazığ

Doç. Dr. Murat ÇALIŞKAN

Ankara Üniversitesi Veteriner Fakültesi Cerrahi
Anabilim Dalı Ankara

Prof. Dr. Özgür AKSOY

Kafkas Üniversitesi Veteriner Fakültesi Cerrahi
Anabilim Dalı - Kars

Prof. Dr. Hakan SALCI

Uludağ Üniversitesi Veteriner Fakültesi Cerrahi
Anabilim Dalı - Bursa

Prof. Dr. Gültekin ATALAN

Erciyes Üniversitesi Veteriner Fakültesi Cerrahi
Anabilim Dalı Kayseri

Bu Kitap Nasıl Kullanılır?

Küçük Hayvan Cerrahisi serisindeki bu yeni cilt, ameliyattaki hatalar ve komplikasyonlar, kedi ve köpeklerde cerrahi uygulamada ortaya çıkabilecek en sık cerrahi hataları ve komplikasyonları incelemek için tasarlanmıştır.

Kitap, cerrahi hataların anlamı ile ilgili kavram ve tanımların gözden geçirildiği genel bir bilgi bölümü ile başlamaktadır. Bunu, cerrahi hatanın veya komplikasyonun ne zaman meydana geldiğine bağlı olarak birkaç bölüm takip etmektedir (preoperatif, perioperatif, intraoperatif veya

postoperatif dönem). Bazı olgularda, doğru prosedürü gösteren videolar dahil edilmiştir.

Bu kitap, profesyonel kariyerlerine ve uzmanlıklarına yeni başlayan cerrahlara ve en deneyimli veteriner cerrahlara yöneliktir, çünkü unutursak klinik deneyimden bağımsız olarak her zaman bir hata meydana gelebilir.

Özetle, bu kitabın; yazarların tecrübesi sayesinde klinisyenlerin ameliyatta oluşabilecek olası hataları tahmin etmelerini sağlayan bir araç olarak kullanılması amaçlanmıştır.

İçindekiler

Metin kutucuğu, prosedürün teknik zorluğu ve tanımlanan bozukluğun yaygınlığı hakkında bilgi sağlar (1'den 5'e kadar).

Hata ve sonucu farklı bir listede vurgulanır.

Her olgunun başında hastanın incelemesinin ayrıntılı bir açıklaması vardır.

Küçük Hayvan Cerrahisi serisinin diğer ciltlerinde yer alan tekniklere veya açıklamalara atıflar.

xii

Baş, Boyun, Göğüs ve Karın / Göğüs Boşluğunda Yabancı Cisim Kalması

Daha önce boğulmuş bölgede yemek borusunun dışında yer alan fibrotik halka serbestleştirildi ve anestezi, yemek borusuna 30-F Foley kateteri yerleştirildi. Balon stenoz bölgesine yerleştirildiğinde, yemek borusunun çapını artırmak için hava ile şişirildi. Daha sonra bir torakotomi tüpü yerleştirildi, toraks rutin olarak kapatıldı ve uygun akciğer genişlemesi için gerekli olan negatif basıncı geri kazanmak için göğüs boşluğu aspire edildi.

Biz Torakotomi. Toraks kitabı *sf. 348-352*

Biz Lateral Torakotomi. Toraks kitabı *sf. 353-360*

Şekil 3. Toraksa cerrahi yaklaşım. Sol akciğer apikal lobunun açığa çıkması.

Şekil 4. Akciğerin apikal lobu gazlı bez ile geri çekilmesi.

Şekil 5. Diseksiyonu yapılan vasküler halka (Kantrowitz forsepsinde).

Şekil 6. Vasküler halka ligatüre edilmiş ve kesilmiş.

Şekil 7. Foley kateterinin balonu stenotik özofageal lümen içinden geçirilmesi.

Eşkal

İsim: Pancho

Tür: Köpek

ırk: Golden Retriever

Cinsiyet: Erkek

Yaş: 4 aylık

Yaygınlık

Teknik zorluk

Hata: Standart bir hemiorafide kullanılan dikiş içerisine rektumun girmesi.

Hatanın sonuçları: Pelvis boşluğunun rektal fistül ile kontaminasyonu.(önceki olgu yazılmış)

Klinik Öykü

Özellikle katı yiyecekler yutulurken kusma / kalıcı postprandiyal yetersizlik klinik tablosu nedeniyle Pancho kliniğe getirildi. Sahiplerine göre, Pancho evlerinde doğmuş, yavrulanan en az gelişmiş ve belirtiler laktasyon döneminden sonra başlamış. Bazı durumlarda hasta, bir defada çok fazla miktarda sıvı aldığında da kusuyordu.

Genel durumu, düşük bir büyüme oranı dışında iyiydi. Bazal parametreler normaldi ve oksürük veya aspirasyon pnömonisi bulguları yoktu. Elde edilen verilerle, Pancho çoğu zaman sindirilmemiş yiyecekleri yuttuktan kısa bir süre sonra, arada bir birkaç saat önce alınan sindirilmemiş öğünleri de yeniden geri çıkardığından klinik tablonun kusmadan ziyade regurgitasyon olduğundan şüphelenildi. Hastanın iştahı iyi, ancak kilosu ve vücut kondisyonu zayıftı.

Toraks bölgesinin röntgeni ve özofagografi istendi (Şekil 1 ve 2). En olası tanı, persistent sağ dördüncü aortik arkusdan dolayı vasküler halka ile prekardiyak megaözofagusun varlığı idi. Anormal vasküler halka ve bunu izleyen süreçte özofageal dilatasyonunun Foley kateter balonu kullanılarak çözülmesi için deneysel torakotomi planlamaya karar verildi.

Klinik Prosedür

Sol dördüncü interkostal boşluktan interkostal torakotomi yapıldı. Göğüs boşluğunun içine girildikten sonra, akciğerin apikal lobu kaudal olarak geri çekildi ve bir gazlı bez yardımıyla bu pozisyonunda tutuldu (Şekil 3 ve 4). Aortun yandan yaklaşımla yetersiz açığa çıkması, deksuppozisyonunu (sağa doğru dönüşünü) doğruladı. Vasküler halka belirlendi ve diseke edildi, daha sonra 2-0 ipek iplik ile bağlandı ve kesildi (Şekil 5 ve 6). İpek genellikle dikişlerin daha iyi sabitlenmesini sağlayan mükemmel sızıntı katıysa nedeniyle kullanılır.

Pablo Meyer, Rodolfo Brühl Day, Maria Elena Martinez Çeviren: Emine Ünsalci

Şekil 1. Toraksın direkt lateral radyografisi. Kalp silüetinin kranial kısmı net olarak görülmektedir.

Şekil 2. Vasküler halka ve prekardiyak megaözofagusun varlığını gösteren kontrast madde ile özofagografi.

Üreme Sistemi / Ovaryumdan Parça Kalma Sendromu ve Pyometra

Bu notlar, prosedür riskini veya özel dikkat gerektirebilecek herhangi bir adımı belirtmektedir.

Laparotomi yapılan tarafın karşı tarafındaki ovaryum net görülüyor ve kolayca dışarı alınmıyorsa köpeklerde tek taraflı açık çıkartıktan yaklaşımla ovariektomi denememeliyiz. Bu genellikle sağ taraftan yapılır, çünkü sağ ovaryumun bulunması ve dışarı alınması soldakinden daha zordur. Aynı zamanda sol ovaryumun daha kaudalde olmasının yanı sıra daha mobil olması da dikkate alındığında hastanın sol lateral pozisyonda yatırılması ameliyatı kolaylaştırır.

Doğru Teknik

Kedilerde sol ovaryumun dışarı alınması daha kolaydır, tek taraflı açık çıkartıktan yaklaşımla ovariektomilerin daha yaygın yapılmasının nedeni budur. Köpeklerde, sol ovaryuma erişimin hasta için zor veya tehlikeli olabileceği durumlarda, sol ovariektomisini gerçekleştirme için sağ ovaryumun çıkarılmasından sonra hayvanın ters tarafına yatırılması gerekir. Bu bölgede aynı hastanın sol tarafı gözlemlenmelidir. Serviyet bezleri ve aletler değiştirilmeli, hem cerrah hem de asistan eldivenlerini değiştirmeli ve anestezi uzmanı tarafından endotrakeal tüpün hasta döndürülürken trakeaya zarar verip vermediği kontrol edilmelidir.



Şekil 9. Nefrektomiye yol açan hidronefroz (a ve b). Sadece bittreğin iskeletini oluşturan bağ dokusu görülmüştür (c).

Mükemmel fotoğraflar prosedürleri adım adım göstermektedir.

167

Onkoloji / Palpebral Tümör Rezeksiyonu

Bölüm numarası ve konusu.

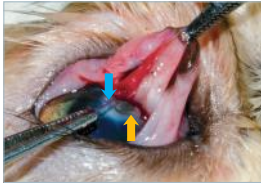
Kornea lezyonu derin olmadıkça problemin çözümü basittir. Dikkatli yıkama ve temizlikten sonra kornea aşağıda belirtilen tıbbi tedavi ile hızla iyileşir:

- Kloramfenikol göz damlası, 8 saatte bir 1 damla.
 - Yapay gözyaşı mümkün olduğunca sık birer damla.
 - Sikloplejik göz damlaları, 12 saatte bir damla.
- Sorun korneaya temas eden sürtür materyalinin çıkarılmasıyla çözüldü ve hasta tıbbi tedaviye iyi cevap verdi. Kornea lezyonu 10 günde iyileşti (Şekil 5).

Bu olguda ciddi bir sonuç yoktu, ancak benzer durumlarda kornea lezyonu derinleştirilebilir ve bir desmetosel oluşumuna yol açabilir. Korneanın karmakaj rekonstrüktif cerrahisini gerektiren gözün perforasyonu bile olabilir.



Şekil 5. 10 gün sonra floresan boyanması negatif ve skar oluşumunu en aza indirmek için desmetazon göz damlaları verildi (2 hafta boyunca 1 damla / 8 saat).



Şekil 6. Bu hastaya rikizant membran üzerinde cerrahi bir prosedür uygulandı. Sürtür ilaçlarından biri kornea (mavi ok) ile temas halindeydi ve desmetosel (sarı ok) neden oldu.

Vakanın Analizi

Hata veya Cerrahi Komplikasyon?

Ölümün kornea lezyonu, neoplazma müdahalesi sonrası alt göz kapağının dökülen bir hatadan kaynaklandı. Göz kapağı sürtürleri tarsal membranı içermelidir ancak dikiz materyali ile kornea ara-sındaki teması önlemek için konjonktivaya dikiz materyali uygulanmamıştır. Dikiz ipiğinin konjonktivaya uygulanması ile korneaya teması ağrıya neden olabilir ve oküler perforasyon dahil önemli lezyonlara yol açabilir (Şek. 6 ve 7).

Doğru Teknik

Bir palpebral sürtürün stabil olması için konjonktivanın bir parçası olan tarsal membranı içermelidir. Bununla birlikte, dikiz ipiğinin konjonktival temasını engellemek için her türlü çabayı göstermeliyiz. Konjonktival temasta ise dikiz materyali gözün yüzeyi ile temas eder ve çok şiddetli kornea lezyonlarına yol açabilir.

Palpebral neoplazmaların rezeksiyonu küçük hayvan operasyonunda yaygın bir cerrahi prosedürdür. Genel olarak olumlu sonuçlar elde edilir çünkü yarama hızı bir şekilde ve minimum bir enfeksiyon riski ile iyileşmesini sağlayan zengin bir kan kaynağı vardır.



Bu videoyu izle
Palpebral neoplazma.
Elektrocerrahi kaleni ile rezeksiyon



Şekil 7. Kornea lezyonunu tedavi etmek için üst kısımdan kayan bir konjonktival flap uygulandı.

Fotoğraf alt yazıları her adımı net ve kısaca açıklar.

Metin kutuları, doğru ve faydalı ipuçlarını içerir.

QR kodları metne eşlik eden videoyu görüntülemenizi sağlar.

217

İçindekiler



Genel Bilgiler 1

Hatanın Tanımı	2
Preoperatif Hatalar	6
İntraoperatif Hatalar	14
Postoperatif Hatalar	23

Klinik ve Perioperatif Yönetimde Hatalar 25

Olgu 1 / Akciğer Kitlesinin Biyopsisi	26
Olgu 2 / Yanlış Ekstremiteye Bandaj	30
Olgu 3 / Yanlış Sabitlenmiş Ekstremiteler	32
Olgu 4 / Yetersiz Destekli Bandaj	40
Olgu 5 / Ektopik Kirpiğin Çıkarılması	43
Olgu 6 / Testis Tümörü	46
Olgu 7 / Diyafram Rupturu	50

Baş, Boyun, Göğüs ve Karın Cerrahisinde Hatalar 57

Olgu 8 / Kronik Oronazal Fistül Onarımı	58
Olgu 9 / Rekonstrüktif Boyun Cerrahisi	65
Olgu 10 / Postoperatif Eviserasyon	73
Olgu 11 / Gastrektomi	76
Olgu 12 / Yanlış Gastropeksi	84
Olgu 13 / Bağırsak Açılmasından Kaynaklanan Septik Peritonitis	91
Olgu 14 / Yırtılmış Damar. Kısmi Hepatik Lobektomi	102
Olgu 15 / M.Gluteus Süperfisialis Transpozisyonu İle Herniorafi	108
► Video 1 / Perineal Herni ve Rektal Fistülün Cerrahi Tedavisi)	109
Olgu 16 / Toraks Boşluğunda Yabancı Cisim Kalması	112
Olgu 17 / Abdominal Kitle Rezeksiyonu	116



Üriner Sistem Cerrahisi Hataları 119

Olgu 18 / Perineal Üretrostomi.....120

Olgu 19 / Antepubik Entero-Neo-Üretrostomi.....126

Olgu 20 / Perineal Üretrostomi.....141

► Video 2 / Perkutan Mesane Kateterizasyon Tekniği.....141

► Video 3 / Perineal Üretrostomi Tekniği.....144

Olgu 21 / Üretra Mukozası Prolapsusu.....145

► Video 4 / Üretra Prolapsu ile Nasıl Başa Çıkılır?.....146

Üriner Sistem Cerrahisi Hataları 151

Olgu 22 / Üreter Ligasyonu.....152

Olgu 23 / Ovariohisterektomi Sonrası Şekillenen Adezyonlar.....154

Olgu 24 / Ovariohisterektomi Sonrası Gelişen Adezyonlara Bağlı Şekillenen Bağırsak Tıkanması.....158

Olgu 25 / Ovaryumdan Parça Kalma Sendromu ve Pyometra.....164

Olgu 26 / Plastik Cerrahi Klips/Kelepçelerin Yanlış Kullanımından Kaynaklanan Eviserasyon.....168

Olgu 27 / Orşiektomi ve Skrotektomiye Bağlı Şekillenen Hematom.....172

Olgu 28 / Sistotomi ve Ektopik Testisin Çıkarılması.....178

Travma Cerrahisinde Hatalar 185

Olgu 29 / Radius ve Ulnada Parçalanmış Bir Kırık Fiksasyonu.....186

Olgu 30 / Kırık Tibia ve Fibula Fiksasyonu.....190

Olgu 31 / Açık Femur Kırığının Fiksasyonu.....192

Olgu 32 / Femur Başı ve Boynunun Eksizyonu.....196

Olgu 33 / Tibia ve Fibula Kırığında Kemik Grefti ile Osteosentez.....199

Göz Cerrahisinde Hatalar 205

Olgu 34 / Fibroma Rezeksiyonu.....206

Olgu 35 / Kaudal Auriküler Aksiyal Flep Modeli.....208

Onkolojik Cerrahide Komplikasyonlar 215

Olgu 36 / Palpebral Neoplazmanın Rezeksiyonu.....216

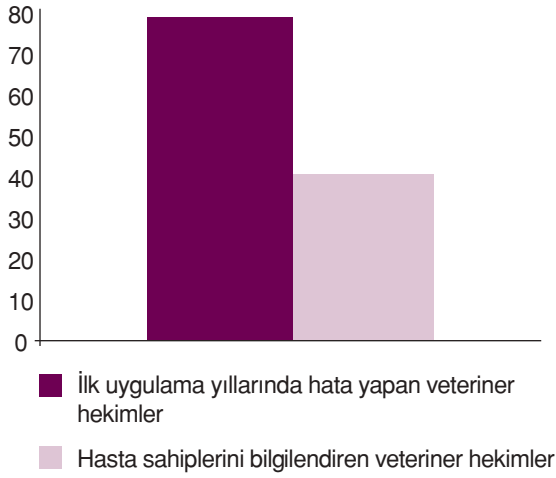
► Video 5 / Palpebral Tümörün Elektrocerrahi ile Rezeksiyonu.....217

Olgu 37 / Z-Plasti.....219

Kaynaklar 222



Acemi veteriner cerrahlarda davranış incelemesi



İatrojenezis'in Tanımı

İnsan hekimliğinden yola çıkılarak, iatrojenezis, her zaman istemsiz olarak yapılan ve bir tedavi komplikasyonuna yol açan, veteriner klinisyen, terapötik tedavi ya da ilaçların neden olduğu bir sağlık durumu veya hasarıdır.

Yukarıdakilerin ışığında iatrojenezis aşağıdakilerden kaynaklanabilir:

- Tıbbi bir hata.
- Yanlış tanı.
- Tıbbi ihmal veya yetersiz prosedürler.
- Reçeteyi yazarken yapılan hatalar veya anlaşılması zor bir reçete yazılması.
- Reçete edilen ilaçlar arasındaki bir etkileşim, bunların olumsuz veya yan etkileri.
- Antimikrobiyal direnç yol açan aşırı ilaç kullanımı.
- Hastane kaynaklı enfeksiyon.

Aşağıdaki davranışlar ile konsültasyon veya ameliyathanede gerçekleşebilen ve iatrojenezis olarak kabul edilmeyenlerle diğerleri arasında bir ayrım vardır. Bunlar:

- Öngörülme bir durum.
- Malpraktis.
- Ağrı.
- Etik dışı tıbbi deneyler.
- Sorumlu kişi tarafından tedavinin uygulanamamasının veya kurallara uymamanın sonuçları.

İatrojenezis sıklıkla malpraktisin eşanlamlısı olarak kullanılır, ancak ikincisi sadece terapötik prosedürlerdeki eksikliklerden kaynaklanan zararı ifade eder.

Malpraktis'in Tanımı

İnsan veya veteriner hekimliğinin yanlış uygulamasıyla (istemli ya da istemsiz) ilişkili farklı davranışları net bir şekilde anlamak için aşağıdaki terimleri tanımlamak gerekir:

- **Yetersizlik**, bilgisizlik nedeniyle mesleği icra etmek için gerekli olan teknik kapasitenin eksikliğini, karar vermede yapılan bir hatayı (yanlış tanı) ya da sürecin zayıf bir şekilde yürütülmesini (acemilik ve yetersizlik) vurgulayan yeterli veya kabiliyet eksikliğidir (beceri veya özel yetenek). Bu genellikle başarılı olmak için belirli eğitim veya hazırlık gerektiren cerrahi veya diğer farklı prosedürler sırasında olur.
- **Pervasızlık**, bir eylemden kaynaklanabilecek olumsuz sonuçları düşünmeden, bunları engellemek için gerekli önlemleri almadan ve gereksiz yere aceleci bir şekilde davranarak risk almaktır.
- **İhmal**, gerekli bilgiye sahip olunduğu halde dikkatsizlik veya öngörü eksikliği nedeniyle yapılan uygunsuz tıbbi davranışların sonucudur. Kasıtlı olarak zarar verilmez, ancak gerekli önlemler de alınmaz. Hepsinden öte, veteriner hekimler sadece dikkatsizce davrandıkları için bir hastanın zarar görmesine neden olduklarından dolayı, bu durum en ciddi olanıdır.

Biyolojik kalıplar her an değişebildiği için veteriner hekimliği kesin bir bilim olmadığından (iki artı iki her zaman dört etmez), her zaman tutarsızlık için bir pay bırakılmalıdır. Bu durum veteriner hekimin tanı, reçete ve tedavi ile ilgili karar verme sürecini etkilemektedir.

- **Malpraktis**, ihmal veya uzmanlık eksikliği nedeniyle kabul edilemez bir hata meydana geldiğinde, doğru olanı yapma yükümlülüğünü yerine getiremeyen veteriner hekimlerin suistimalinden kaynaklanan hataya karşılık gelir. Her ülkenin kendi ceza kanunlarına göre değişen oranlarda bir suçtur. Sosyal olarak daha ileri ve gelişmiş ülkelerde hayvan refahını düzenleyen ceza yasaları da bulunmaktadır.
- **Öngörülme bir durum**, beklenmeyen, ya da öngörülse dahi gerçekleşmesi kaçınılmaz olan herhangi bir olaydır.

Tıbbi hatalar hata veya kaza olarak kabul edilir. Malpraktis ihmal, bilgisizlik veya kasıtlı cinayetin bir sonucu oluşur. Bu iki kavram birbirleriyle karıştırılmamalıdır.

O Zaman Hatayı Nasıl Tanımlayabiliriz?

Farklı uzmanlarınız görüşüne göre, beklenen etki veya sonucu elde etmek için uygun olmayan eylemin gerçekleştirilmesi ya da ihmal kaynaklı kasıtlı olmayan davranış olarak tanımlanabilir.

Hata ve iatrojenezisin eşanlamlı olduğunu varsayma eğilimi vardır. Ancak, çoğu hata iatrojenezisi tanımlayan ana unsur olan zarar veya hasara neden olmadığı için, durum böyle değildir. Yine de, iatrojenetik manevraların yüksek bir yüzdesinin bir hatadan kaynaklandığını akılda tutmamız gerekir.

Cerrahi Alet ve Ekipmanların Temizliği ve Sterilizasyonu

Operasyonda kullanılan cerrahi materyalin hazırlanması sırasında yapılan hatalar aynı zamanda hastanın güvenliğini tehlikeye atan olayların kaynağı olabilir. Yeterli sterilizasyon için yerine getirilmesi gereken bazı temel hususlar aşağıda açıklanmıştır.

Alet ve malzemeleri sterilize etmek için kullanılacak yöntemler, müdahaleden önce belirlenmelidir. Bazı veteriner kliniği ameliyathanelerinde otoklav yoktur; bununla birlikte, her durumda, cerrahi işlemden önce steril cerrahi örtüler, gazlı bez ve aletlerin bulunması gereklidir (Tablo 2).

Uygun yöntem kullanıldığı takdirde, özel durumlarda cerrahi aletler için kimyasal dezenfeksiyon kabul edilebilir.

Tablo 2. Gerekli Steril Ekipman ve Malzemeler

- **Aletler**
- **Eldiven**
- **Gazlı bez**
- **Dikiş malzemesi**
- **Cerrahi örtü ve önlük**
- **En az 270 iplikli kumaş**
- **Su geçirmez kağıt**



Şekil 3. Örtüler ve önlükler dahil her şey sterilize edilir.



Şekil 4. Cerrahi aletlerin yetersiz temizlenmesi. Makasın yeterli bir kontrolden geçmediği bellidir.

Bkz. Sterilizasyon teknikleri.
Temel ilke ve teknikler kitabı



sayfa 35–45

Bkz. Sterilizasyon için
malzemelerin paketlenmesi.
Temel ilke ve teknikler. kitabı



sayfa 79–91

Termal Sterilizasyon

a. Buhar ile. Sterilizasyon basınçlı buhar altında yapılır. Termal buhar sterilizasyonu, cerrahi alet ve edavatları sterilize etmek için tercih edilen yöntemdir.

Bu ekipmanı kullanmaktan sorumlu kişiler, detaylarını ve özelliklerini bilmelidir. Ayrıca, sporlar da dahil olmak üzere tüm mikroorganizmaların ortadan kaldırıldığından emin olmak için sterilizasyon süresine, sıcaklığa ve havalandırmaya özel dikkat gösterilmelidir. Sterilizasyon işlemi sırasında alet kutuları kapatılmamalıdır.

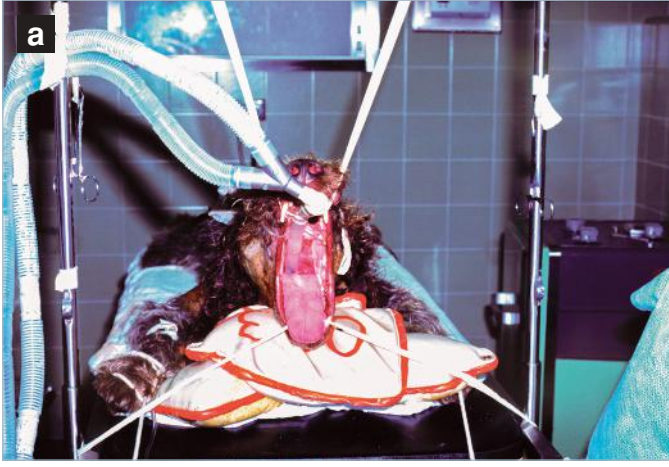
Şerit halindeki indikatörler, yeterli sterilizasyonun sağlandığından emin olmak için alet paketlerinin dışına ve içine yerleştirilmelidir (Şek. 5).

Bu şeritler doğru buhar basıncına ve sıcaklığa maruz kaldığında tepki verir ve renk değiştirir, ancak maruziyet süresini göstermezler.

b. Kimyasal yöntemler ile. Bu yöntemler mikroorganizmaların canlılığı kaybetmesine neden olur.



Buhar sterilizasyonu, sterilizasyon süresi, sıcaklığı ve basıncı doğru olduğu sürece sporlar da dahil olmak üzere tüm canlı organizmaları yok eder.



Şekil 2. Farinks ve damak cerrahisi.



Şekil 3. Boyun, trakea, özefagus veya tiroid bezinde cerrahi prosedürler.

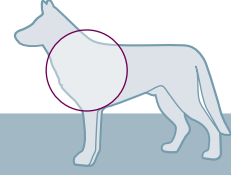


Şekil 4. Dorsal spinal cerrahi.

Olgu1 / Akciğer Kitlelerinin Biyopsisi

Pablo Meyer, Rodolfo Brühl Day,
María Elena Martínez
Çeviren: Pınar Can

Yaygınlık	■ ■ ■ ■ ■
Teknik zorluk	■ ■ ■ ■ ■



Eşkal	
İsim	Lucky
Tür	Köpek
İrk	Alman çoban melezi
Cinsiyet	Erkek
Yaş	8 yıl

- **Hata:** Akciğer kitlelerini tanı koymak için biyopsi yapılması.
- **Hatanın sonuçları:** Kitlenin boyutunda artış. Hastanın durumunun kötüleşmesi.

Hataların Sınıflandırılması

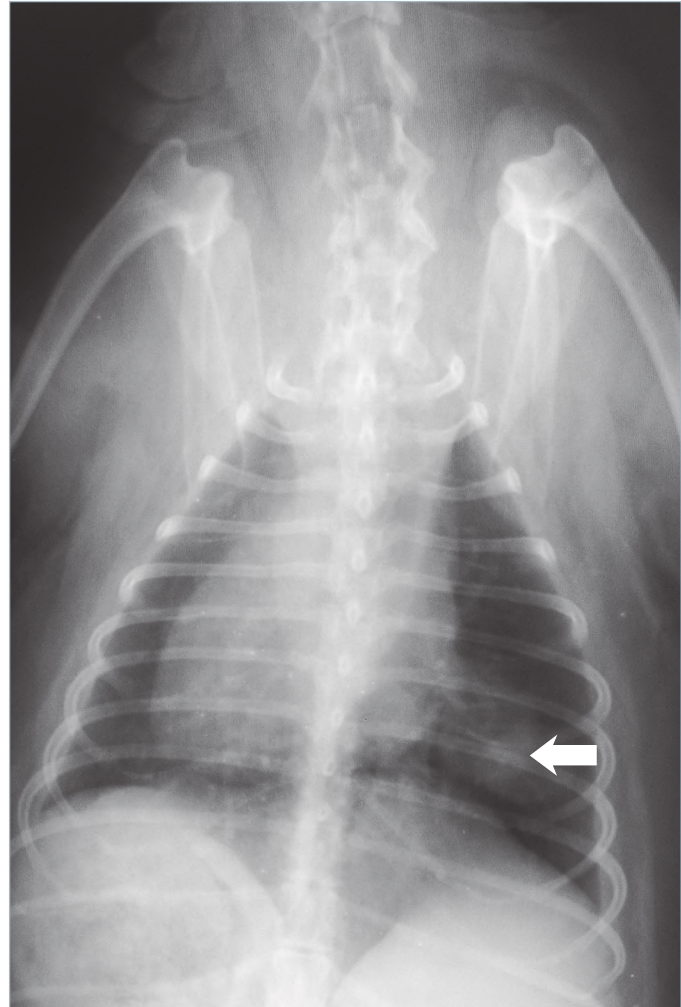
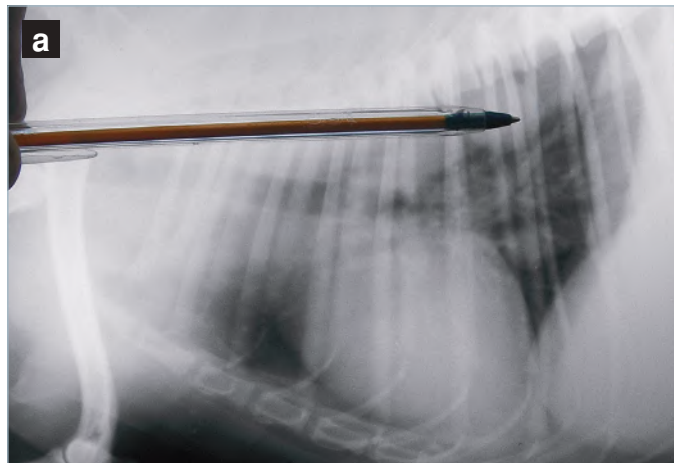
Lucky, iki haftadır gün boyunca ara sıra meydana gelen bir öksürük şikayeti ile kliniğe getirildi. Antibiyotik tedavilerinden sonuç alamamıştı. Hastanın daha önce önemli bir tıbbi öyküsü yoktu, hiçbir zaman ciddi bir travma geçirmemiş ve kanser geçmişi yoktu.

Tanı için alınan toraks röntgeninde, sol diyaframatik akciğer lobunda oval şekilli soliter (tekli) bir oluşum saptandı. Olguların çoğunda soliter akciğer oluşumları primer tümörlere bağlıdır. Bununla birlikte, soliter metastatik oluşumların ayırıcı tanısında, apse ve parazitik granülomlar düşünülmelidir.

Soliter oluşumlarda, cerrahi en iyi seçenektir. Transtorasik ince iğne biyopsileri genellikle tanı koymaz, trucut iğne biyopsileri ile tanı koyma olasılıkları daha yüksek olmasına rağmen, tümör durumunda kanama, pnömotoraks ve metastaz; apse durumunda plörite neden olabilme riski oluşturur.



Solid akciğer kitlelerinde ince iğne veya tru-cut biyopsisi kontrendikedir.



Şekil 1. Konsültasyon sırasında alınan X-ray'ler. Sol diyaframatik lobdaki oval şekilli oluşuma dikkat edin (ok) Lateral görünüm (a), Ventrodorsal görünüm (b).



Şekil 2. Doğru ekstremiteye yapılan bandaj.

Olgu Analizi

Hata mı Cerrahi Komplikasyon mu?

Bu olguda, hastanın biraz daha uzun anestezide kalmasından başka bir şeye sebep olmayan ciddi bir hata olduğu açıktır.

Klinik veya cerrahi hatalar, çoğu kez dikkatsizlik veya konsantrasyon eksikliği nedeniyle yapılır. Bu olguda, çözüm basitti. Bununla birlikte, travma veya ortopedik prosedürlerde anatomik yapıların kesildikten ve açığa çıkarıldıktan sonra farkedilen bu nitelikteki bir hata, ciddi sonuçlara yol açabilir.

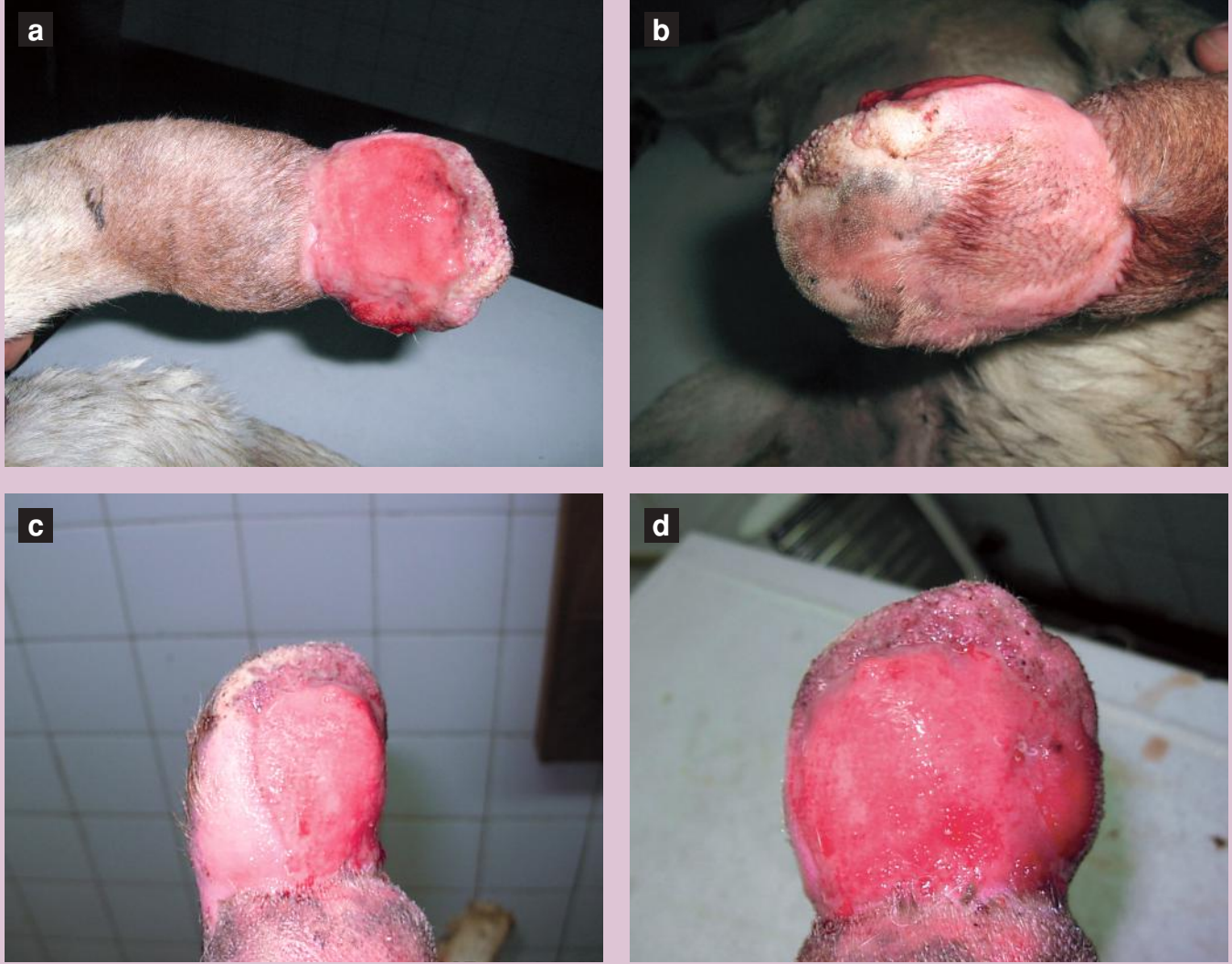


Cerrahi hatalar, çoğu kez dikkatsizlik veya konsantrasyon eksikliği nedeniyle yapılır.

Doğru Teknik

Basit prosedürlerde dikkat azalır ve burada tarif edilene benzer hatalar yapılabilir.

Bundan kaçınmak için, her şeyin yolunda olduğundan ve doğru ilerlediğinden emin olmak adına hastadan sorumlu ekip tarafından alınan anamnezi ve yapılan gözlemleri her zaman kontrol etmeniz önerilir.



Şekil 6. Operasyondan 21 gün sonra yaranın görünümü. Çok iyi granülasyon mevcut ve metatarsal pedin durumu iyi. Metatarsal kemikler çıkarılmıştı.



Şekil 7. Postoperatif takip. Yandaki yaranın hafif açıldığına dikkat edin.

Distikiyaziste (Şek. 7), bir sıra kirpiklerin meibomian bezlerinden çıkmasıyla meydana gelir, anormal şekline bağlı olarak kornea yüzeyine doğru büyür, bu şekilde sürtünmeye sebep olur. Her iki göz kapağı da etkilenebilir.

Distikiasis, göz kapağı kenarındaki bir folikülden veya meibomian bezinden çoklu kirpikler büyüdüğünde ortaya çıkar.

Ektopik kirpikler (Şek. 8) tüm kirpik anomalilerinin içinde en acı vericisidir. Ağrı blefarospazma neden olur ve bununla birlikte, göz kapağı kornea yüzeyi üzerine daha fazla basınç uygular ve yüzeyinin erozyonuna neden olur. Bazen sadece bir kirpik vardır, ancak bazen bir grup olabilir. Ektopik kirpik, palpebral konjonktiva yoluyla anormal şekilde büyür ve gözün yüzeyi ile temas eder. Bu anormal kirpikler en sık üst göz kapağının orta kısmında görülür.

Tüm bu değişikliklerde, kirpikler kornea veya bulbar konjonktiva ile temas edebilir ve onları yaralayabilir.

Farklı distikiyazis formlarının uygun bir büyüteç olmadan tanı edilmesi zor olabilir. Bununla birlikte, mukusun kirpiklere yapışması yaygın bir işarettir, böylece varlığını ortaya çıkarır. Kirpiğin neden olduğu sürekli kornea iritasyonunun bir sonucu olarak lakrimal sekresyon artar. Gözyaşının sulu kısmı buharlaştığı halde, mukoprotein tabakası kirpiklere yapışır.

Doğru Teknik

Ektopik kirpik, ince bir cımbız kullanılarak kökünden kolayca çıkarılabilir. Bu olguda, kirpiğin basitçe çıkarılması kornea lezyonunun kesin olarak iyileşmesine olanak sağlamıştır.

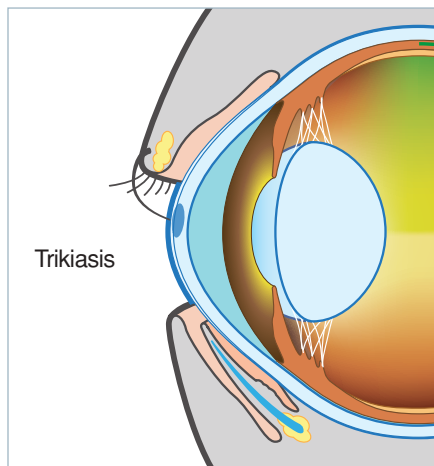
Basitçe çıkarılamıyorsa, göz kapağının bulbar yüzeyinin kıl folikülü ve kökünü içeren küçük bir bloğu, daha sonra büyümesini önlemek için cerrahi olarak çıkarılmalıdır. Şalaz forsepsi ve No. 11 bistüri veya 2 mm biyopsi punchı kullanılarak bir "en blok" veya "kama" rezeksiyonu yapılır.

Elektroliz, kalıcı olarak kılı yok etmek için başka bir yöntemdir.

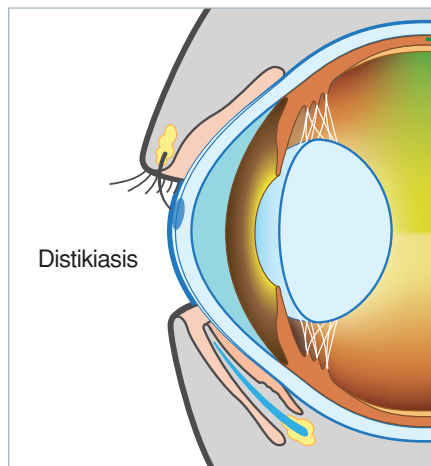
Kriyocerrahi, ektopik folikülü içeren küçük bir göz kapağı dokusunun dondurulması amacıyla kullanılmıştır, göz kapağı iyileştikten sonra bu doku düşer.



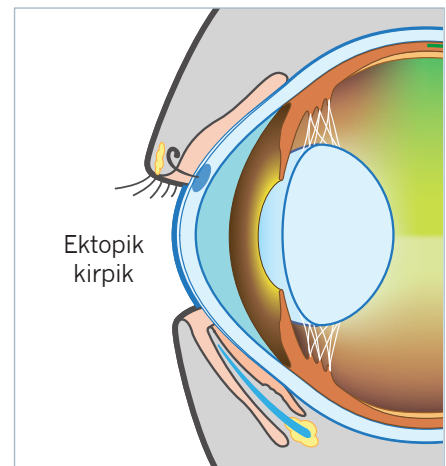
Göz kapağı rezeksiyonunun uzunluğuna bağlı olarak bazı teknikler sikatrisyel bir entropiyonun gelişmesine yol açabileceğinden, anormal kirpiklerin çıkarılması için gerekli cerrahi yöntemi seçerken dikkatli olunmalıdır.



Şekil 6. Trikiasis durumunda kirpiğin çıktığı yer ve yönü.



Şekil 7. Distikiasis durumunda kirpiğin çıktığı yer ve yönü.



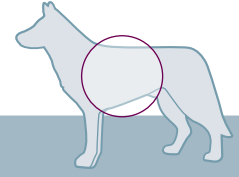
Şekil 8. Ektopik kirpik durumunda kirpiğin çıktığı yer ve yönü.

Olgu 7 / Diyafram Rupturu

Rodolfo Brühl Day, Tomás Guerrero
Çeviren: Pınar Can

Yaygınlık	■ ■ ■ ■ ■
Teknik zorluk	■ ■ ■ ■ ■

- **Hata:** Künt toraks travması durumunda gerekli oskültasyonu yapmama ve röntgen çekmeme.
- **Hatanın sonuçları:** Başlangıçta sadece kırığa önem vermek ve diyafram rupturuna bakmamak.



Eşkal	
İsim	Bean
Tür	Köpek
İrk	Melez
Cinsiyet	Kastre erkek
Yaş	2 yıl

Klinik Öykü

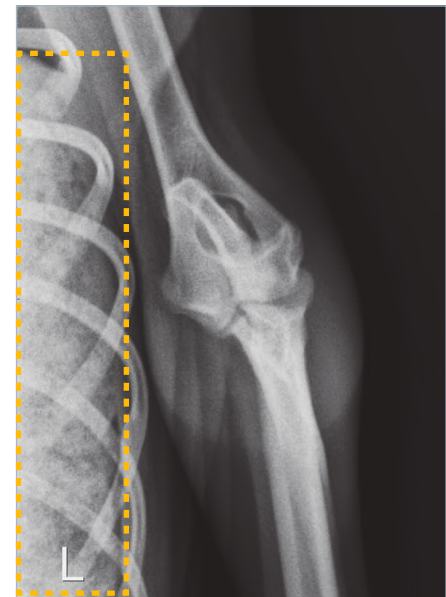
Bean, ilk olarak dirsek (ulna) kırığı ve cerrahi tedavisi için kliniğe getirildi. Bu yeni bir kırık değildi ve tıbbi öyküde, birkaç gün boyunca kaybolduğu belirtildi (bu sırada bir araç tarafından ezildiği düşünülüyordu).

Sahibi yoktu ve hastanın sorumlusu, prosedür ve bu tür onarımın potansiyel riskleri hakkında açıklamalar yapılmasına rağmen, operasyon kararı vermek istemedi.

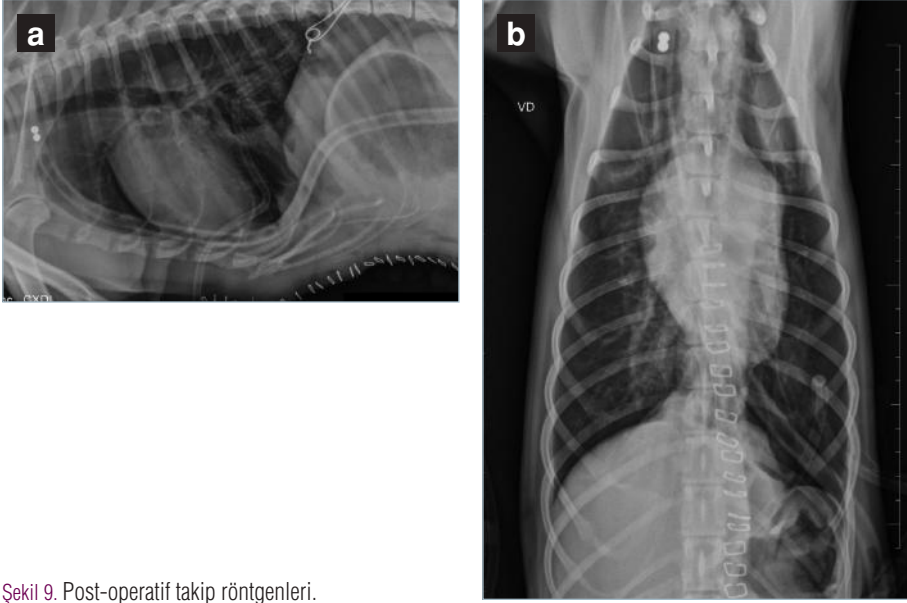


Şekil 1. Dirsek kırığını gösteren röntgenler. Ventrodorsal görünüm (a). Lateral görünüm (b).

Bean'in sahibi geri döndüğünde, köpek kliniğe tekrar getirildi. Kırığın iyileşmesini kontrol etmek için yeni röntgenler çekildi ve bunlardan birinde ciddi pulmoner kontüzyon belirtileri gözlemlendi (Şekil. 2).



Şekil 2. Pulmoner kontüzyon belirtilerinin görüldüğü röntgen. Bacağın kraniokaudal görüntüsü.

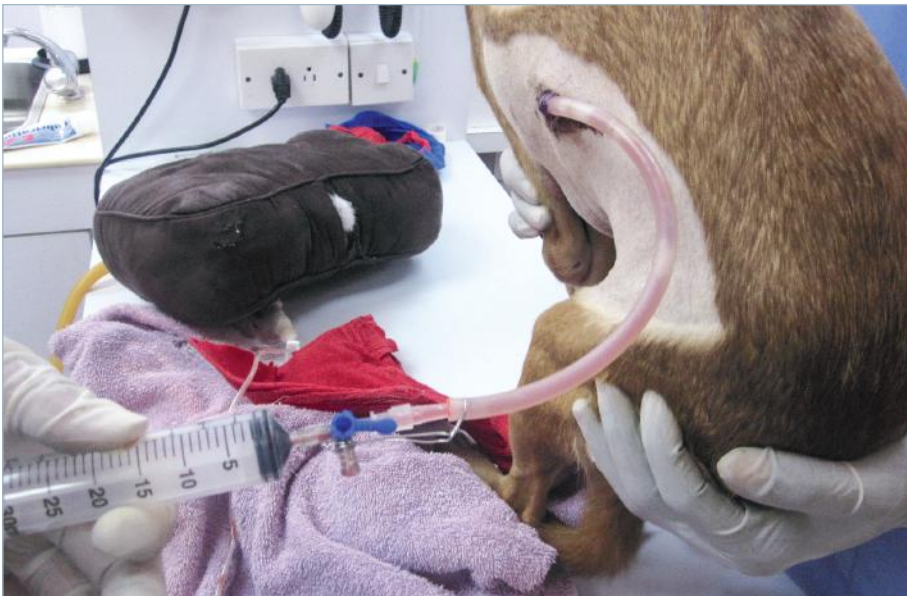


Şekil 9. Post-operatif takip röntgenleri.

Organların doğru pozisyonda olup olmadığını kontrol etmek ve izlemek için, hasta takibinin bir parçası olarak yeni röntgenler çekildi (Şek. 9 ve 10).

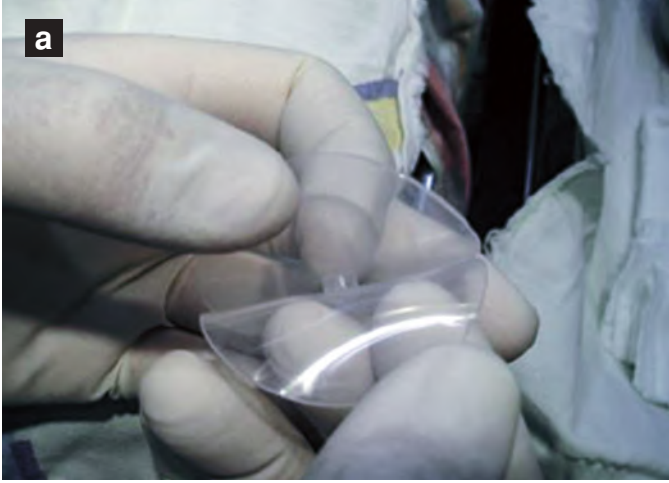


Şekil 10. Yoğun bakımda operasyon sonrası ilk dönem.



Ameliyattan sonraki gün postoperatif takip sırasında torasik bandaj değiştirildi ve toraksın rutin aspirasyonu yapıldı (Şek. 11). Sadece birkaç mililitre serosanguinöz bir sıvı çekilebildi. Drenaj tüpünü 12-24 saat daha bırakmaya ve Bean'in yanıtına göre sonrasında çıkarmaya karar verildi.

Şekil 11. Torasik drenaj. Minimum miktarda sıvı aspire edildi.



Şekil 13. Nazal septal butonun görüntüleri.

Kullanılan implant, 3, 5 veya 7 cm çaplarında bir “nazal septal buton” olarak pazarlanmaktaydı. En küçük boyut istenmesine rağmen, edinilen buton hala çok büyüktü, bu yüzden fistülün büyüklüğünde kesildi ve yerleştirildi (Şek. 13 ve 14).

Sahibinin her altı ayda bir tekrar kontrole getirilmesi istendi, böylece implant, burun ve ağız boşlukları anestezi altında temizlenebildi. Her seferinde, implant daha sert ve daha az elastikti. Bu nedenle, yerleştirmeden bir buçuk yıl sonra, yaklaşık olarak her üç temizlemede yenisiyle değiştirildi.

Tigre, izleyen altı yıl boyunca böyle yaşadı. İki defa ateş, anoreksi ve şiddetli lökositoz ile birlikte ağır bakteriyel rinitis gelişti. Her iki durumda da, kültür ve antibiyogram yapıldı ve hastanın durumunu tersine çeviren spesifik bir antibiyotik ile tedavi edildi.

Tigre'nin izlenmesinde yıllar geçtikçe, kademeli ve sürekli kemik rezorpsiyonu nedeniyle fistülün çapında belirgin bir artış oldu. Akut ve subakut enfeksiyonlar muhtemelen bu duruma neden olmuş olabilir. Son implantın yerleştirilmesi zordu, çünkü damağın sağ tarafı hemen hemen hiç kemik desteğine sahip değildi ve implant damağın yalnızca sol lateral oral ve posterior tarafıyla yerinde tutuldu.

Ancak, yedi yıl sonra, son implant değişikliğinde, son derece sıskaydı ve kendini tımar etmiyordu. Aneminin eşlik ettiği mikoplazmoz tespit edildi ve klindamisin ile etkili bir şekilde tedavi edildi (Şek. 15).



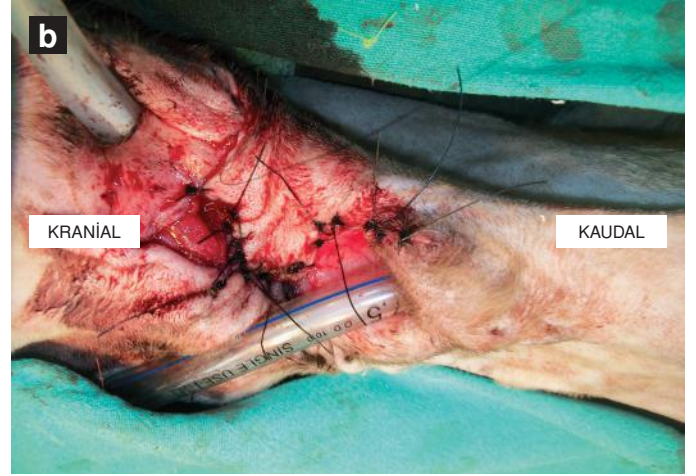
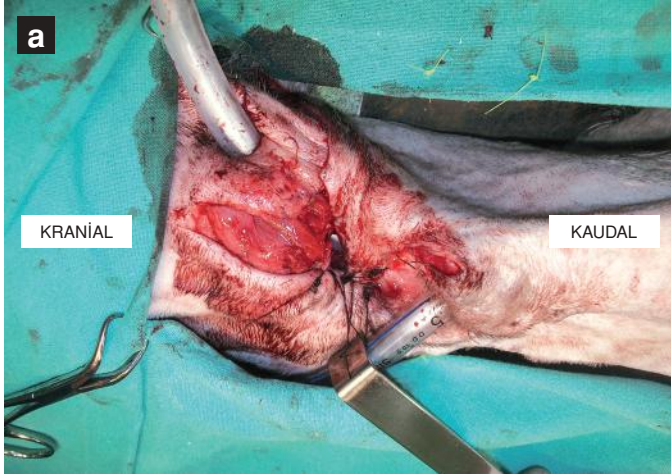
Nazal implantlar, burun ve ağız boşlukları düzenli olarak temizlenmelidir. Nazal implantlar zamanla esnekliğini kaybeder ve periyodik olarak değiştirilmelidir.



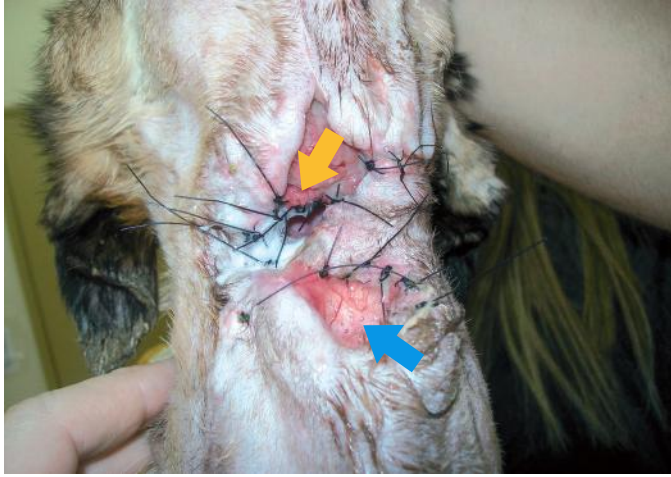
Şekil 14. Nazal septal buton yerinde görülmektedir.



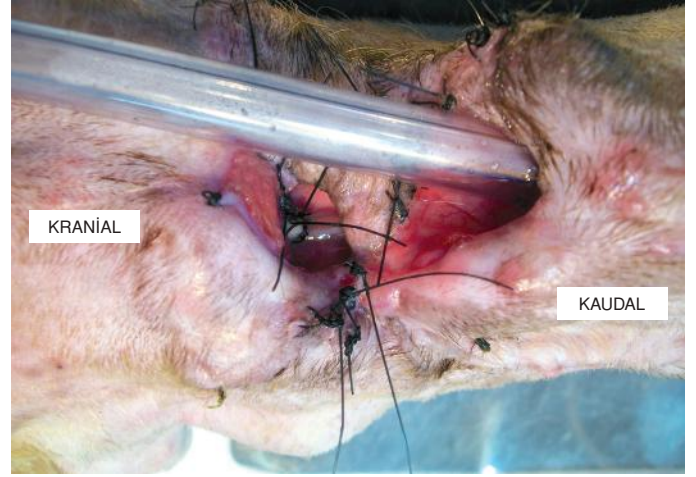
Şekil 15. Yeni bir implantın son yerleşimi.



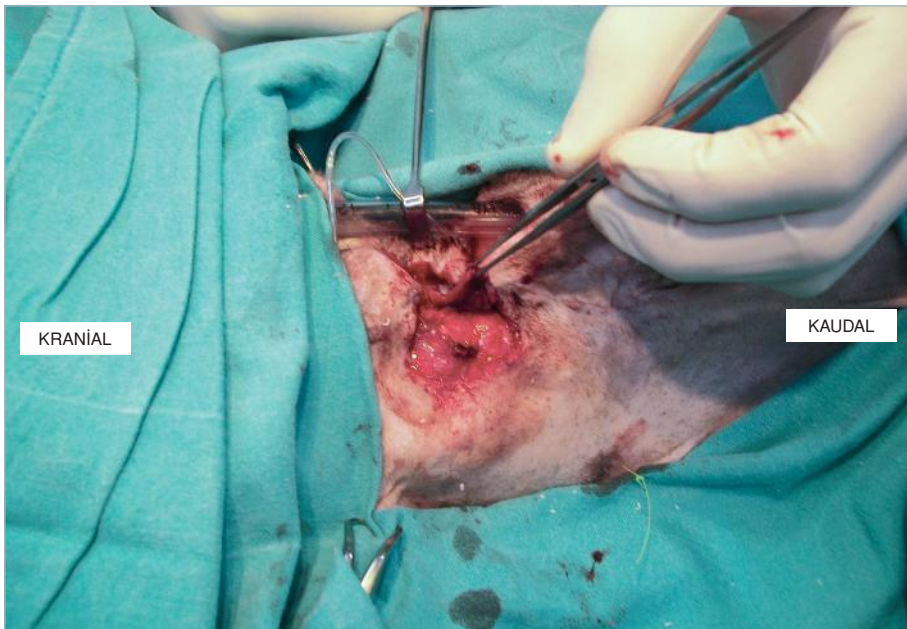
Şekil 12. Kaydırma flebinin dikilmesi (a) ve nihai sonucu (b).



Şekil 13. Trakeostomi kusursuz durumda (mavi ok). Özofagus yarasının dorsal ve sağ lateral kısmının açılması (sarı ok).



Şekil 14. İkinci prosedür için konumlandırma.

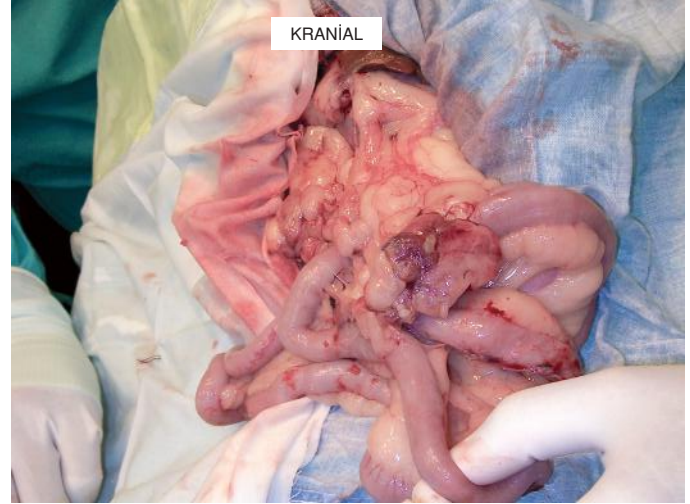


Bkz. Enteral besleme, Kranial Abdomen Kitabı.

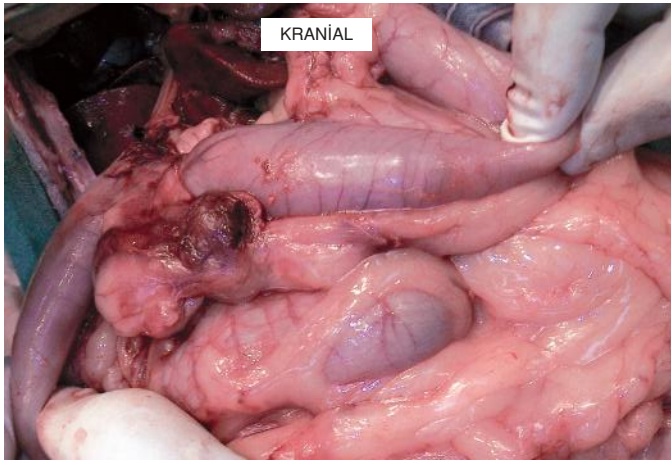


Şekil 15. Sağ tarafta ters çevrilmiş flep hazırlanmıştır.

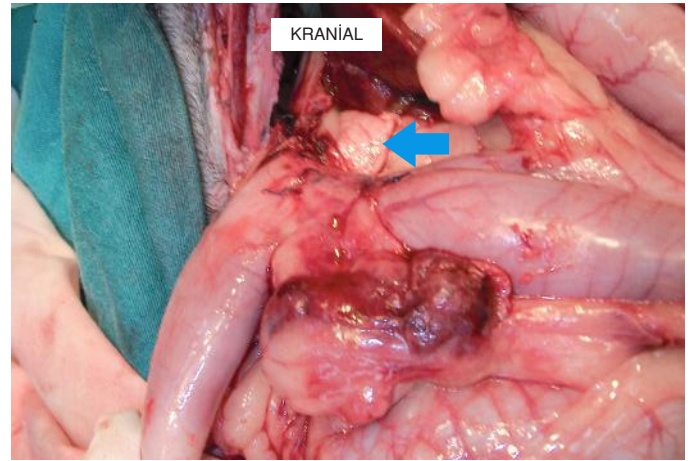
Pilorik alan bulunduktan sonra, cerrah önceki ameliyatın duodenum, piloris ve pilorik boşluğun yer aldığı kavun dilimi şeklindeki bir alanın eksize edilmesinden oluştuğunu belirleyebildi. Alan, invagine bir teknik (içe doğru katlanmış) kullanılarak dikilmişti. Adezyonların oluşturduğu skar retraksiyonu (geri çekmesi) sonucu, tüm dikiş hattı boyunca lümenin tamamen stenozu vardı. Pankreasın gövdesi bu skar ile yakından bağlantılıydı ve safra kanalı tıkalı değildi.



Şekil 5. Yapışmaların büyük bir kısmı serbestleştirilmiştir.



Şekil 6. Önceki cerrahi işlemden invagine eden dikiş.



Şekil 7. Yapışmaya (ok) dahil olan pankreasın gövdesine dikkat ediniz.

Olgu Analizi

Hata mı, Cerrahi Komplikasyon mu?

Piloris, pilorik boşluk ve duodenumu içeren ameliyatlarda, özellikle de duvarlarında veya lümenlerinde yer alan tümörler ile ilgili olanlar, 360 derecelik rezeksiyon ve bunu izleyerek uç-uca anastomoz gerektiren karmaşık teknikler içerir. Bu şekilde; bir yandan tümörün iyi güvenli sınırlar ile rezeksiyonu ve diğer yandan, yiyeceğin gastrointestinal kanaldan geçişini etkilemeyen bir anastomoz olmak üzere iki favori yön birleştirilir. Ancak, böyle bir rezeksiyon yapmak için, cerrahın, midenin hem curvatura majör, hem curvatura minör yanında, pilorisin anatomisini ve vaskülarizasyonunu, pankreas boşaltım kanallarının bulunduğu yer ve ekstrahepatik safra yolunun yeri hakkında detaylı bilgiye sahip olması gereklidir. Yeniden yapılanma için cerrah, Billroth tekniklerini ve gastrojejunal bypass ameliyatını da iyi bilmelidir.

Bu olguda, ilk prosedürde, sindirim kanalının tubuler kısmında kavun dilimi şeklinde bir rezeksiyon yapılmış; daha sonra invaginasyon (katlama) tekniği kullanılarak dikiş uygulanmıştı. Her iki eylemde sindirim sisteminin daha sonra tıkanmasına neden olmuş ve sonuç olarak mide içeriğinin duodenuma normal geçişi engellenmişti.

Invagine eden dikişler gastrointestinal anastomozlarda ilk tercih olmaktan çıkmıştır.

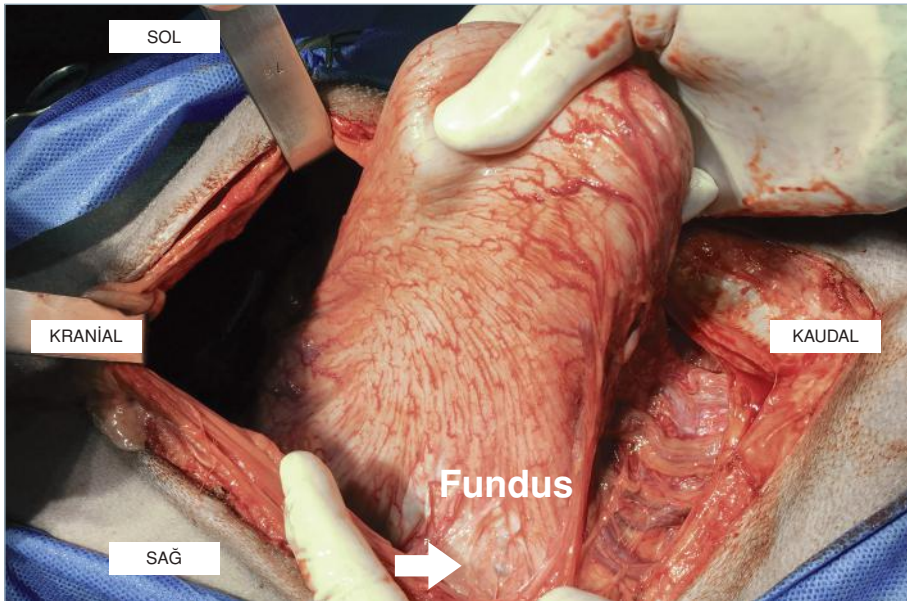
Ek görüntüleme çalışmaları ile maliyetleri arttırmanın gereksiz olduğu düşünülerek deneysel laparotomi önerildi.

İşlem öncesi elektrokardiyogram ve ekokardiyogramdan oluşan kardiyovasküler bir çalışma yapıldı. Bu testlerin hiçbiri daha önce bu hasta üzerinde yapılmamıştı. Bu, özellikle GDV cerrahisinin postoperatif döneminde erken ventrikül kasılmalarının ortaya çıkabileceğini bilerek yapıldı.

Bkz. Gastrik dilatasyon volvulus sendromu. Genel bakış. Kranial Abdomen Kitabı.

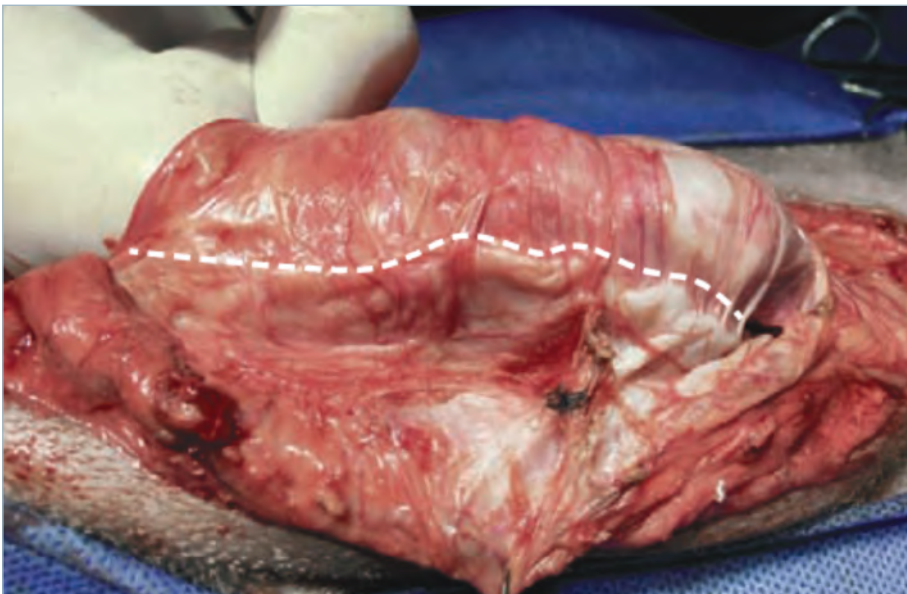


Deneysel laparotomi, önce midenin pozisyonu kontrol edilerek yapıldı. Bunu yapmak için, dorsal yatıştaki hastayla karnın sağ tarafında yer alan cerrah, sağ elini hastanın karnına soktu ve midenin dönüp dönmediğini belirlemek için kardiya palpe edilebilene kadar mide duvarı boyunca gezdirdi. Mide kontrol edildiğinde, sağ abdominal duvara, orta hatta çok yakın bir şekilde fiks edilmiş olduğu, ancak anormal bir rotasyonu koruduğu (Şek. 3 ve 4) ve gastropeksi dikişi atmak için 0.30 mm naylon olta ipliği kullanıldığı anlaşıldı. Ek olarak, sürekli dikiş hattının başlangıcında 2 cm uzunluğunda bir serbest dikiş ucu bırakılmıştı (Şek. 6).



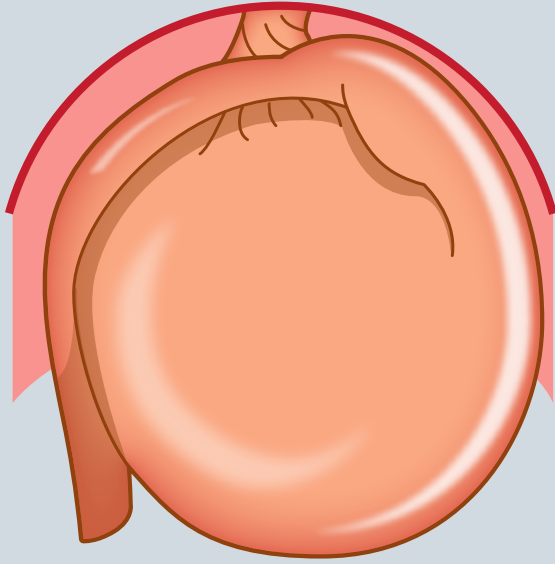
Hata, midenin fundusunu orta hatta çok yakın olan sağ karın duvarına sabitlemekten ibaretti.

Şekil 3. Gastropeksinin karnın orta hattına yakınlığına dikkat edin (beyaz ok).

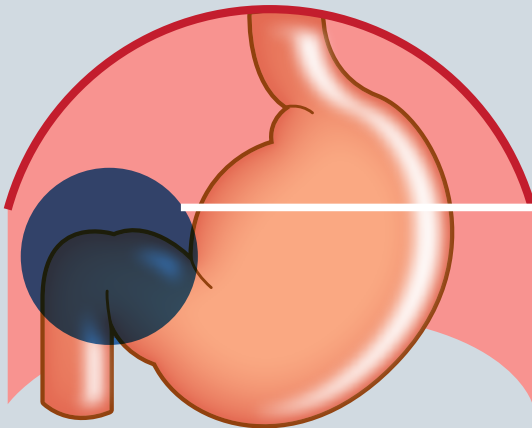


Şekil 4. Görünüşe göre, yaklaşık 15 cm uzunluğunda bir ensizyonel gastropeksi (noktalı çizgi) gerçekleştirme denemesi yapılmıştı.

Mideyi Karın Duvarına Tutturmak için Doğru Cerrahi Prosedür

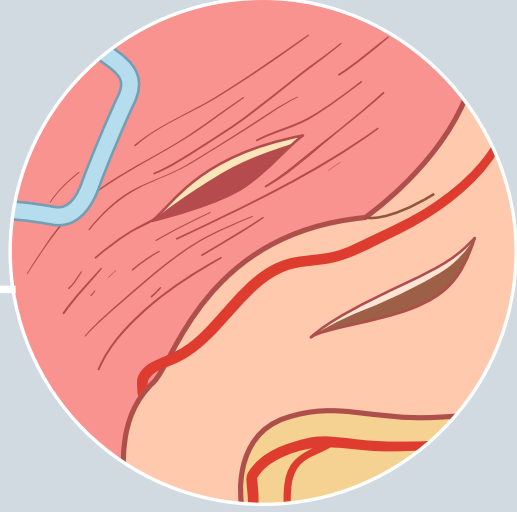


Gastrik dilatasyon ve volvulus

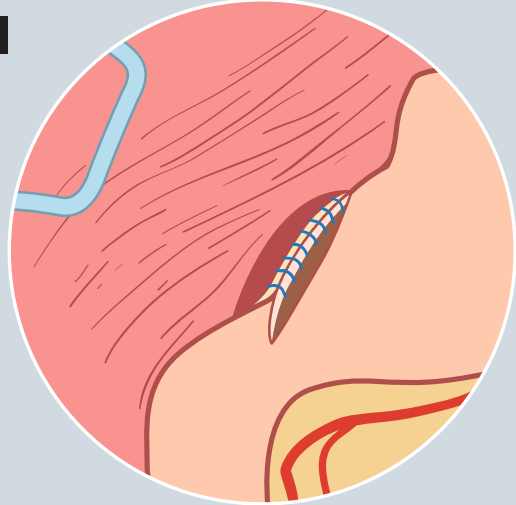


Doğru pozisyonda ve fiksasyon bölgesinde mide

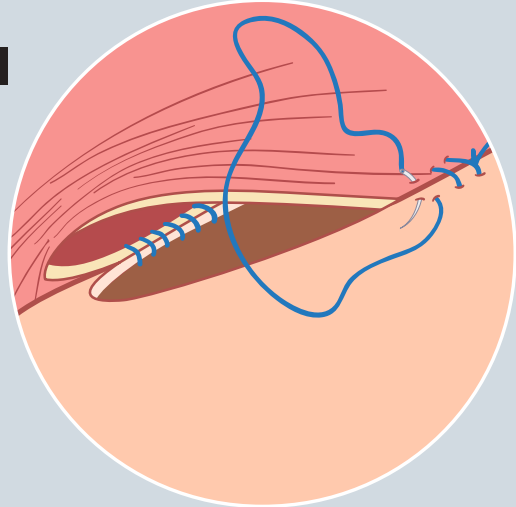
a



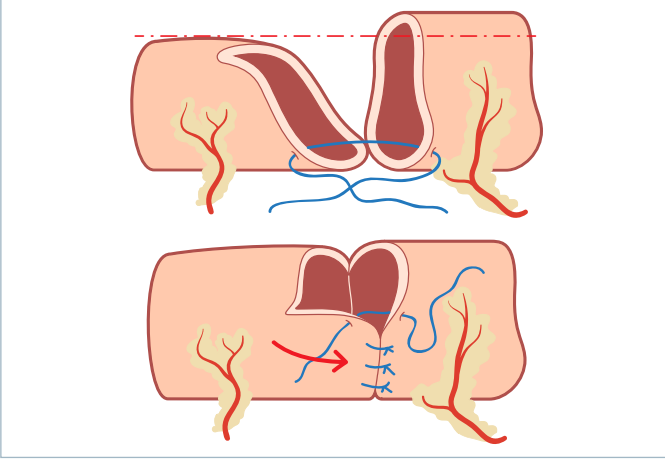
b



c



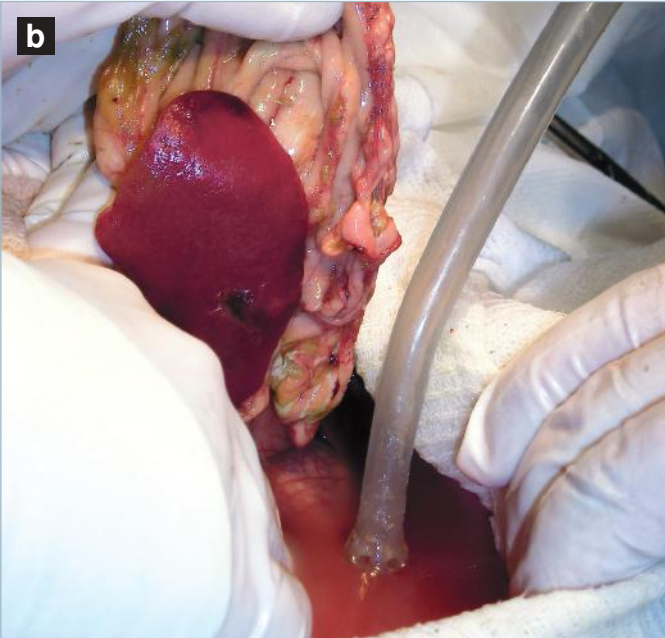
Şekil 16. Mideyi karın duvarına tutturmak için doğru cerrahi prosedür. Pyloris antrumunda ve karın duvarında en az 3.5 cm'lik kesi (a). Her iki yapının da monofilament dikiş malzemesi ile sürekli dikişi (b). Karın boşluğunun kapatılması (c).



Şekil 25. Farklı çaplardaki bağırsak kenarları arasında doğru bir anastomoz prosedürü.



Şekil 26. Büyük omentum yırtılmış, ancak yaşayabilir. Anastomoz bölgelerinde rasyonel bir yama yapmak için kullanılabilir.

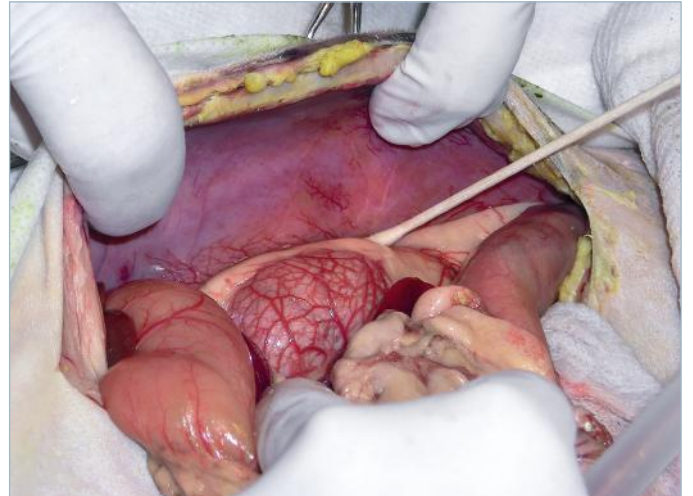


Şekil 27. Karın boşluğunun fizyolojik serum çözeltisi ile yıkanması (a) ve alanın aspirasyonu. (b)

Gastrointestinal enterorafiler tamamlandıktan sonra, karın ılık serum fizyolojik solüsyonu ile yıkandı ve daha sonra aspire edildi (Şek. 27). Fizyolojik serum çözeltisinin hacmi yaklaşık 150 ml / kg (normalde 100–200 ml / kg) olarak kullanılır. Aspirasyon sıvısı saydam hale geldiğinde yıkama işlemi tamamlandı. Aspirasyon tamamlandığında, bir kültür ve antibiyogram için yeni bir örnek alındı (Şek. 28).

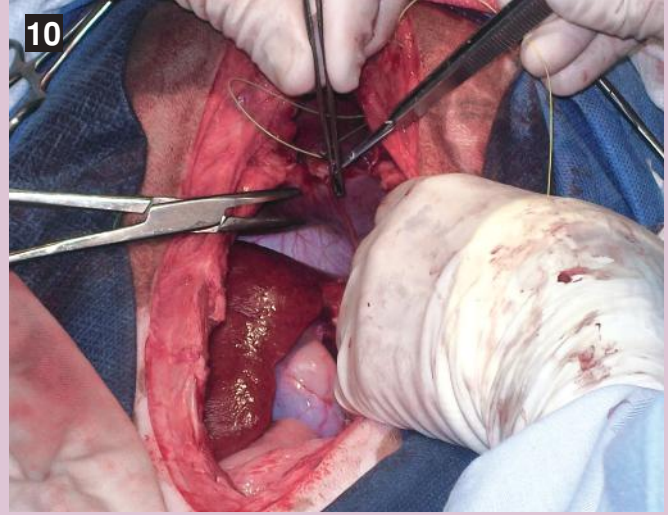
Karın yarasının kenarları daha sonra bölgenin debridmanının bir parçası olarak iyileşmeyi kolaylaştırmak için kesildi (Şek. 29).

Kas katmanının basit ayrı dikiş ile dikilmesinden sonra, subkutan doku yıkandı ve her biri subkutan tabakada gömülü bir dikiş ile sabitlenmiş iki penröz dren ve her iki tarafta da basit bir deri dikişi yerleştirildi (Şek. 30 ve 31).

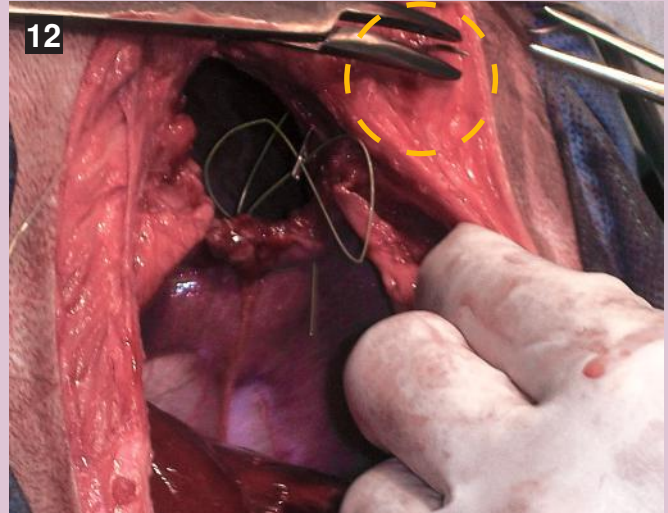
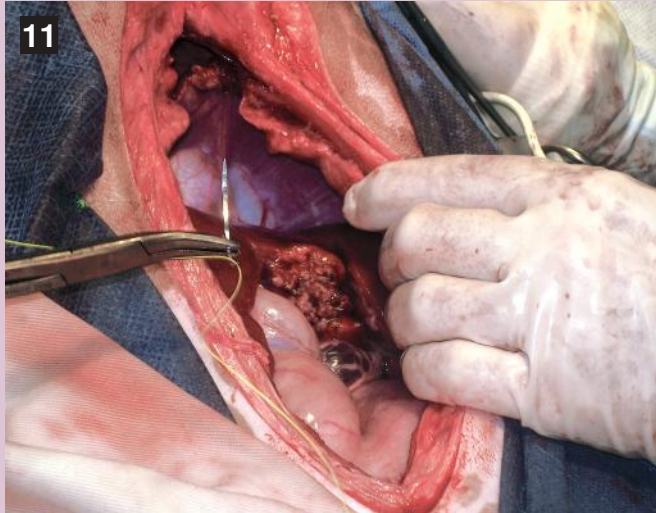


Şekil 28. Kültür ve antibiyogram için örnek toplama.

Bu işlemten sonra akciğer genişlemesi düzeldi. Cerrahlar daha sonra, distal kısımdan başlayarak ve kaburgaları içeren laparotomi yarasının yanında proksimal olacak şekilde diyaframatik ve torasik defekti kapatmaya devam ettiler. Böylece fıtığın tamamen kapanması sağlandı (Şek. 9–13).



Şekil 10. Monofilament naylon kullanarak diyaframatik defektin en derin ucuna dikişler yerleştirildi.



Şekil 11 ve 12. Kaburgaların etrafına dikişler yerleştirildi. Daire, sternal bir kaburga etrafından çıkan iğnenin ucunu göstermektedir.

Sternum, monofilament naylon ile kapatıldı. Torakostomi tüpü ile negatif intratorasik basınç düzeldi. Negatif bir intratorasik basıncı sağlamak için torasik röntgen ve göğüs tüpü drenajı ile rutin bir postoperatif takip muayenesi yapıldı. Tüp yerleştirilmesinden 12 saat sonra çıkarıldı.

Ameliyattan 48 saat sonra ilave takip radyografileri istendi. Bunlar hafif pnömoperikardiyum (Şek. 17 ve 18) ve hafif pulmoner atelektazi gösterdi. Klinik seyir mükemmeldi. Hastanın ayakta analjezik ve antibiyotik tedavisine devam edildi ve bir hafta sonra dikişler alındı.

Olgu Analizi

Hata mı, Cerrahi Komplikasyon mu?

Blue'nun iyileşmesi çok iyi iken, karaciğer lobunda çalışıldığı zaman oluşan hata ve sonrasında onun ablasyonu, hastanın hayatını tehlikeye attı.

Olgunun acil olarak kabul edilen, plevral efüzyonlu ve oksijen temini gerektiren kritik bir hasta olduğu unutulmamalıdır. Hastanın oksijenlenme kapasitesi iyi değildi ve yoğun kanama farklı şekilde sona erebilirdi.

Tüm cerrahi işlemlerden önce beklenmeyen olaylara karşı bir acil durum planı oluşturulmalıdır. Bu olguda, ameliyattan önce göğüs kafesinin yeterli şekilde hazırlanması ve eldeki gerekli aletlerin bulunması ve cerrahi yaklaşımı değiştirmeye hazır olması, muhtemelen hastanın hayatını kurtaran anahtar faktörlerdi.



Şekil 12. İyileşme döneminde Pancho.

Olgu Analizi

Hata mı, Cerrahi Komplikasyon mu?

Kuşkusuz, unutulmuş gazlı bez süngerini çıkarmak için yeni bir torakotomi yapılması gerekmesi, operasyon süresini uzatan cerrahi bir hatadır. Eğer çabucak ikinci bir torakotomi yapılmamış olsaydı, solunum problemleri hastanın yaşamına mal olabilirdi.

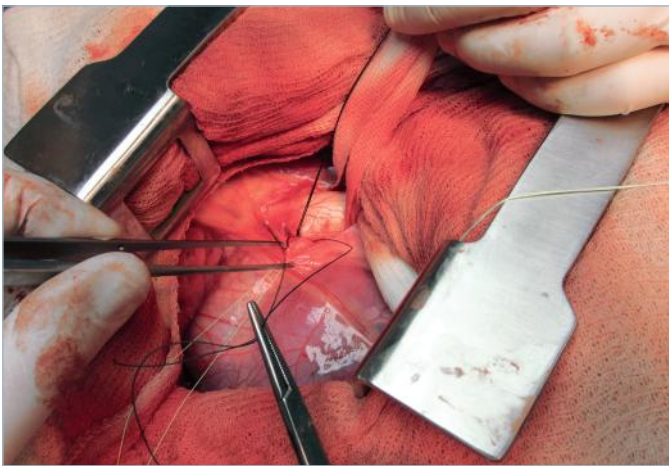
Doğru Teknik

Tüm cerrahi prosedürler, tam cerrahi ekibin (cerrah, asistanlar, stajyerler, anestezi uzmanları ve dolaşımdaki ekip üyeleri) işlem sürdüğü sürece hastaya odaklanmalarını gerektirir. Açıkçası, bu olguda dikkat eksikliği vardı.

Herhangi bir cerrahi işlemin kritik kısmı sona erdiğinde, kişinin rahatlaması sık görülür ve hatta normaldir. Kapanış ve son dikiş sırasında, ekibin üyeleri uyanıklık seviyelerini düşürme eğilimindedir. Ancak, özellikle toraks cerrahisinde dikkatsizlik sonucu olan bir hata ölümcül olabilir.

Bu deneyimden bu yana, hastane, toraksın içine yerleştirilen tüm gazlı bez pedleri hemostatik penslere bağlı bir ligatürle işaretlemek için yeni bir kural koydu (Şek. 13). Bu boşluğun genişletilemez olduğu ve interkostal yaklaşımla kapasitenin yalnızca % 30'una ulaşılacağı göz önünde bulundurulmalıdır. Bırakılan bir yabancı cismin alınması, çok zahmetli bir cerrahi prosedürle sonuçlanabilir.

Eğer laparotomi pedleri kullanılırsa (Şek. 14), bunlar normalde göğüs boşluğu dışında kalan ve boşluğun içindeki pedin varlığını hatırlatan renk gösterge şeridine sahip olmalıdır.



Şekil 13. Persistent duktus arteriozus durumunda işaretlenmiş bir gazlı bez ped örneği. Sağda sarı naylon bir bağ ile sabitlenmiş işaretli gazlı bez görülmektedir. Soldaki, vagus siniri için işaretler. Koyu dikiş, PDA'nın bağlanması için kullanılacak ipektir.



Şekil 14. Laparotomi havluları.

Cerrahide Hata ve Komplikasyonlar

Operasyon esnasında fizikokimyasal analiz ve idrar kültürü için idrar örneği alındı.

Her dört günde bir takip ziyaretleri ile 10 gün süreyle Enrofloksasin uygulandı. Dikişler 15 gün sonra alındı ve hasta sorunsuz iyileşti.

Tam İdrar Tahlili	
Fizikokimyasal muayene ■ Renk: sarı ■ Görünüm: bulanık ■ Spesifik gravite: 1024 ■ pH: 7 ■ Glukoz: yok ■ Protein: eser miktarda ■ Ketone cisimcikleri: yok ■ Bilirubin: iz miktarda ■ Hemogloblin: ++++	İdrar kültürü ■ >100.000 CFU/μl Escherichia coli
İdrar sedimentasyonu ■ Epitel hücreleri: az ■ Renal hücreler: gözlemlenmedi ■ Lökositler: orta ■ Piyositler: az ■ Bakteri: çok sayıda ■ Eritrosit: çok sayıda ■ Triple fosfat kristalleri: gözlemlenmedi ■ Granüler döküntüler: gözlemlenmedi ■ Diğer elementler: gözlemlenmedi	Antibiogram Duyarlılık: ■ Enrofloksasin ■ Siprofloksasin ■ Ampisillin/sulbaktam ■ Sefalekssin ■ Trimetoprim-sulfamethoksazol+amikasin ■ Norfloksasin ■ Gentamisin ■ Seftriakson ■ Nitrofurantoin ■ Seftazidim Dirençlilik: ■ Ampisilin

Olgu Analizi

Hata mı Cerrahi Komplikasyon mu?

Bu olgudaki hata, temel olarak sadece cerrahi teknikten değil, bölgenin anatomisi hakkında yeterli bilgi sahibi olmamanın sonucudur.

Operasyon sonrası komplikasyonların esas nedeni uygun olmayan cerrahi tekniktir.

Bu olguda penisin pelvik sınırı düzgün bir şekilde diseke edilmemiş ve bulbouretral bezlere ulaşılmamıştır. Üretrada yapılan kesi lumenin daha dar olduğu yerde olmasının yanısıra çok kısaydı.

Bunların hepsi, diseke edilmemiş anatomik yapıların yerinde durması hastanın tekrar opere edilmesine neden oldu, (Şek. 15).

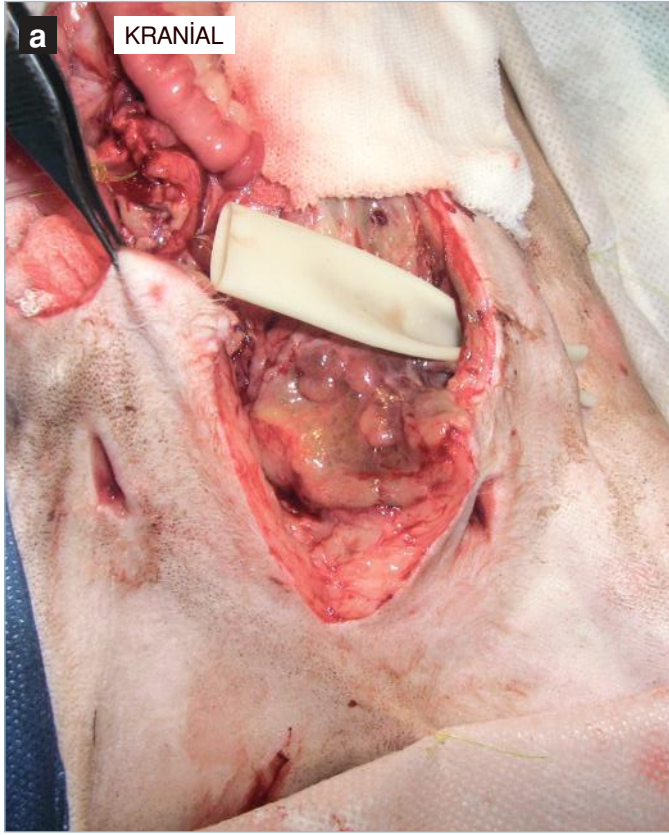
Bu prosedürle olumlu bir sonuç elde etmek için bölgenin anatomisi (Wilson ve Harrison tarafından tarif edilen) ve cerrahi teknik hakkında kapsamlı bilgi sahibi olmak çok önemlidir.



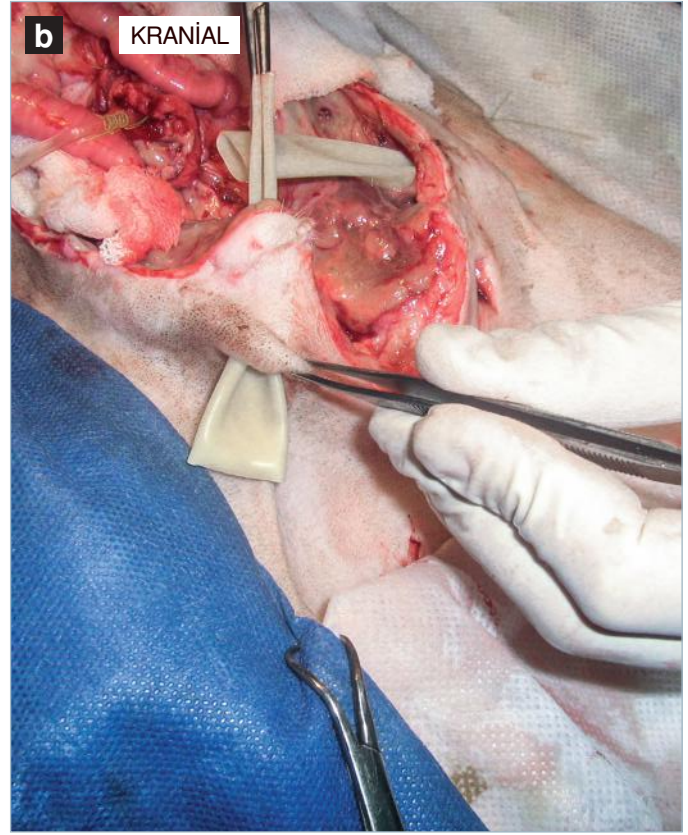
Deri dikişlerinin uçları bilerek uzun bırakıldı, böylece daha yumuşak olup hastayı rahatsız edip bölgeyi kaşınması önlendi.

Takip süreci

Bu alan yaralanırsa, üretrastomi alanı iyileştikçe yeni açıklığın daralması meydana gelebilir. Bu tip travmalardan korunmak için Elizabeth yakalığı kullanmak genellikle faydalı olur. Bu genellikle dikişsiz tam yapılmazsa veya yanlış atılan dikişlerden deri altına idrar kaçışı olursa şekillenir.

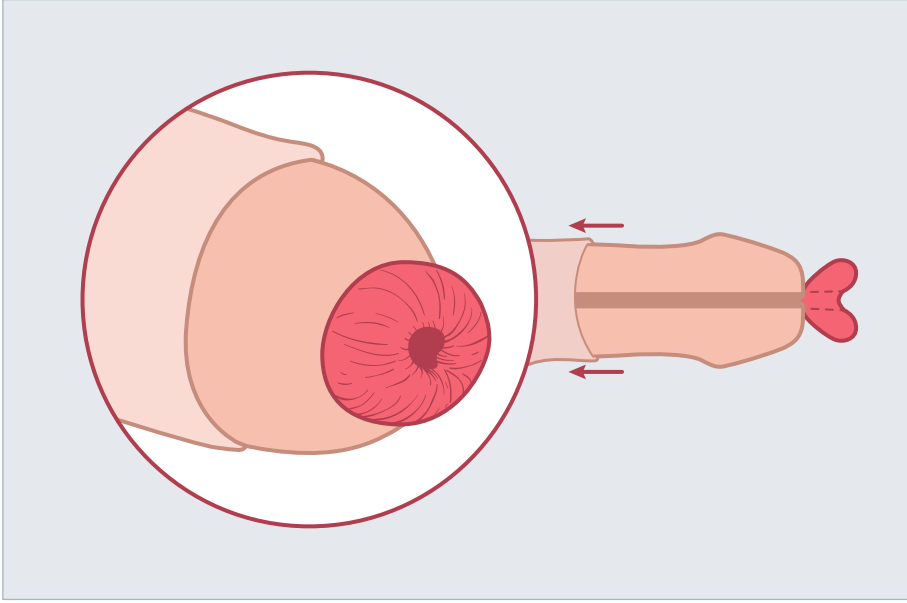


Şekil 21. Penröz dernlerin yerleştirilmesi.



Şekil 22. Deri altı dokusunun kısmen kapatılması.

Drenler kavun dilimi şeklinde ensizyonun kaudaline yerleştirildi (Şek. 21) ve deri altı doku kapatıldı (Şek. 22).



Video izle
Üretral prolapsusun tedavisi

Şekil 2. Prolapsuslu üretral mukozanın temsili.



Mukoza üç veya dört gün sonra tekrar prolabe oldu, bu da ilk prosedürün sonucunun dikkatli bir şekilde incelenmesini gerektirir.

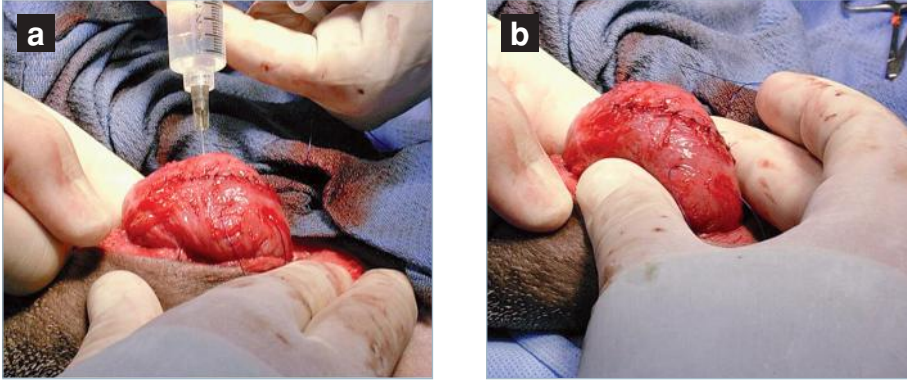
Şekil 3. Prolapslu üretral mukozanın yoğun iltihabı. Glans penisinin durumuna dikkat edin.



Klinik Prosedür

Glans penisinin durumu ve dikişlerin düzenlenmesi yeniden opera edilmesini gerektirdi. Önce, dikişler uzaklaştırıldı (Şek. 5).

Şekil 4. Lezyonun ventral görünümü. Bazı dikişler üretral mukozayı kesmiştir.



Şekil 6. Dikiş hattından idrar kaçağı testinin yapılması.

Trigon alanı tutulumu yoksa mesanenin %75'i rezeke edilebilir. Organ herhangi bir değişiklik olmadan iyileşmekle kalmayacak, aynı zamanda dört ila altı aylık bir süre içinde normal boyutuna ve fonksiyonuna geri dönecektir. Deneyisel olgularda, domuz ince bağırsak submukozasının kullanımı yoluyla mesanenin büyüklüğünün artırılmasına rağmen, bazı olgularda yapılan geniş rezeksiyonlar bu cerrahi tekniğe iyi cevap vermemektedir. İnce bağırsak submukozasının bu segmentleri mesane epitel rejenerasyonunun şekillenmesinde köprü görevi görür. Daha sonra skar dokusunun yeniden şekillenmesi, düz kas hipertrofisi ve kalan mesane dokusunun gerilmesi mesane kapasitesinin artırılmasına katkıda bulunur.

Frida sıradışı bir olgu değildi. Mesane kapasitesi gün geçtikçe gelişti ve hiçbir pollakiüri nüksü veya herhangi bir sekel görülmedi.

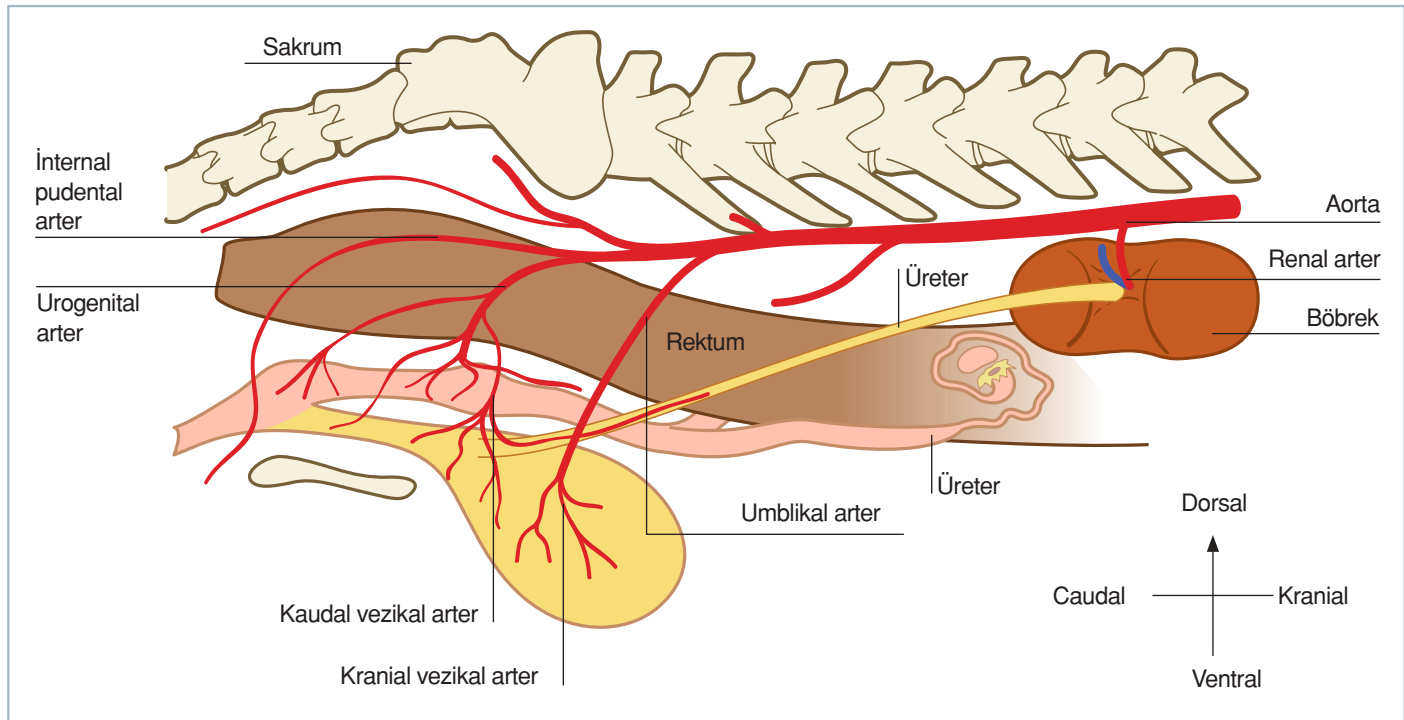
Mesaneye gelen kan akışı özellikle sistektomiler veya mesaneyi içeren diğer işlemlerde göz önünde bulundurulmalıdır (Şek. 7).

Sadece bir pedikülde tutulum vardı ve bu pedikül mesane fundusuna tutunarak mesane duvarını etkilemişti. Bu durum, mesanenin idrar yaparken düzgün şekilde gevşememesiyle sonuçlandı. Bu sorunu çözmek için diagnostik amaçlı ameliyat ve sonrasında kısmi sistektomi gerekti.

Kan akışını engelleyecek herhangi bir girişim, iskemi veya mesane nekrozuna yol açabilir. Bu nedenle, trigon ve mesane boynu bölgesine kan akışına müdahale edilmemesi ve organın geri kalan kısmının zarar görmemesi için azami özen gösterilmelidir.

Hatırlanması gereken bir diğer önemli husus, mesane ve üretranın bakteriyel yapışmayı engelleyen glikozaminoglikanların üretimi sayesinde bakteriyostatik olan geçiş epiteli (üroepitel) ile kaplı olmasıdır.

157



Şekil 7. Mesane kan damarları.

Olgu Analizi

Hata mı Cerrahi Komplikasyon mu?

Pyometra hormonal stimülasyon oluşmasına bağlıdır. Ovaryum kalıntısı, hastanın hala hormonal açıdan sağlam olduğu anlamına gelir. Ovaryum kalıntıları birçok dişide hiçbir zaman endometrit geliştirmez, ancak döngüleri devam eder, bu durum sahipleri için sıkıntı yaratabilir (Ovaryumdan kalıntı sendromu).

Bkz. Pyometra/Kistik endometrial hiperplazi Kaudal Abdomen kitabı.



Yapılan hata pyometra gelişimine neden olmuştu. Bu olgudaki şiddetli septik tablo neyse ki her iki böbreği de etkilemedi. Bu, hastanın hayatını tehlikeye atabilirdi. Histerektomi ve kalan over dokusunun çıkarılması ile hasta sekelsiz iyileşti.

Ovariektomi veya ovariohisterektominin endikasyonları ve cerrahi teknikleri bir çok genel cerrahi kaynağında ayrıntılı olarak açıklanmaktadır. Rutin prosedür olarak kabul edilmelerine rağmen bunlarda hatalar veya komplikasyonlar gözlenmektedir. Komplikasyonların %10-30 arasında görüldüğü bildirilmektedir.

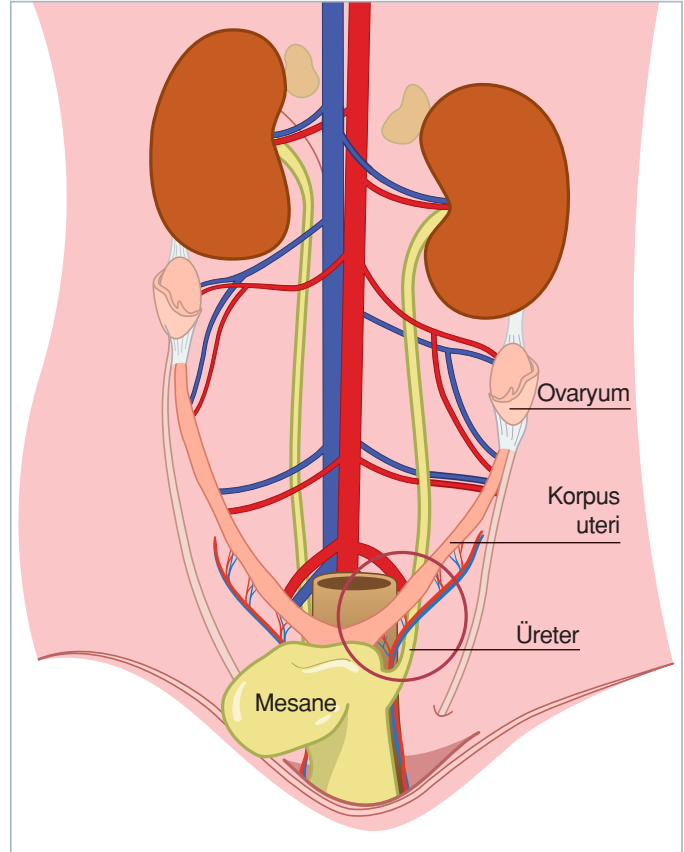
Üreterin yanlışlıkla dört haftadan daha uzun süre ligatür uygulanmış biçimde kalması böbreğin fonksiyon kaybına neden olur. Distale uygulanmış bir ligatür, renal parankimin tamamen yok olmasına yol açan hidroüreter kaynaklı hidronefroza neden olacaktır. Bu nedenle uterusun çevresinde veya pediküllerin yakınında (proksimal üreter) yapılabilecek herhangi bir yanlış ligasyonu belirlemek için üreterlerin pediküllerle (Şek. 7) aynı anda değerlendirilmesi gerekir. Proksimal ligasyon, açıklık çukuluğundan gerçekleştirilen ovariektomilerde daha sık görülür. Ligasyonun daha sonra kaldırılması, üreterin işlevsel fonksiyonunu geri kazanılmasını sağlar.

Küçük veya “anahtar deliği” şeklindeki” ensizyonlarla gerçekleştirilen yaklaşım, yukarıda belirtilen komplikasyonların bir veya daha fazlasına katkıda bulunabilir: Bir çok olguda, başarılı bir ameliyat için karın boşluğunun iyi bir şekilde incelenmesi ve organların yeterli derecede açığa çıkarılması çok önemlidir.

Açlık çukurluğundan yapılan ovariektomi veteriner cerrahi literatüründe tanımlanmış olsa da, bu işlem sırasında intraoperatif veya postoperatif komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Asıcı ligamentin yırtılması, eksteriorizasyonu önemli ölçüde kolaylaştırır ve ovaryumun daha iyi bir şekilde açığa çıkmasını sağlayarak hata riski azaltılır.

Bkz. Olgu 22, Üreter Ligasyonu.

sayfa 152-153



Şekil 7. Üreter ve uterusun gövdesi arasındaki ilişki.

Ovariektomi ve ovariohisterektominin en sık görülen komplikasyonlarından biri kanamadır. Hematom veya seromaya neden olabilecek kılcal damar hasarlarından, hastanın hayatını tehlikeye sokabilecek aşırı kanamaya kadar geniş bir spektrumda şekillenebilir.

Bu liste uterus parçasına yanlış yerleştirilmiş ligatürler (üreterin yanlışlıkla bağlanmasıyla), gevşek bağlanmış ligatürler, fistül, serviks kaudaline yerleştirilmiş ligatürlerden kaynaklanan vajinal kanama, ligatür açılması, enfeksiyonlar, pyometra, ovaryumdan parça kalma sendromu, farklı organlara ve her türlü yapışma ile anestezi kazalarını da içerir.

Henüz hasar görmüş bir kan kaynağına en az zarar vermek için ve ufalanmış kemik parçalarının ve fregmanların anatomik redüksiyonunu önleyen yumuşak bir kallusun varlığından dolayı, cerrah, minimal invaziv bir teknik uygulamaya karar verdi.

Hasta uygun bir şekilde anesteziye alındıktan sonra, rutin proto-kole göre ekstremitte ameliyat için hazırlandı ve uygun pozis-

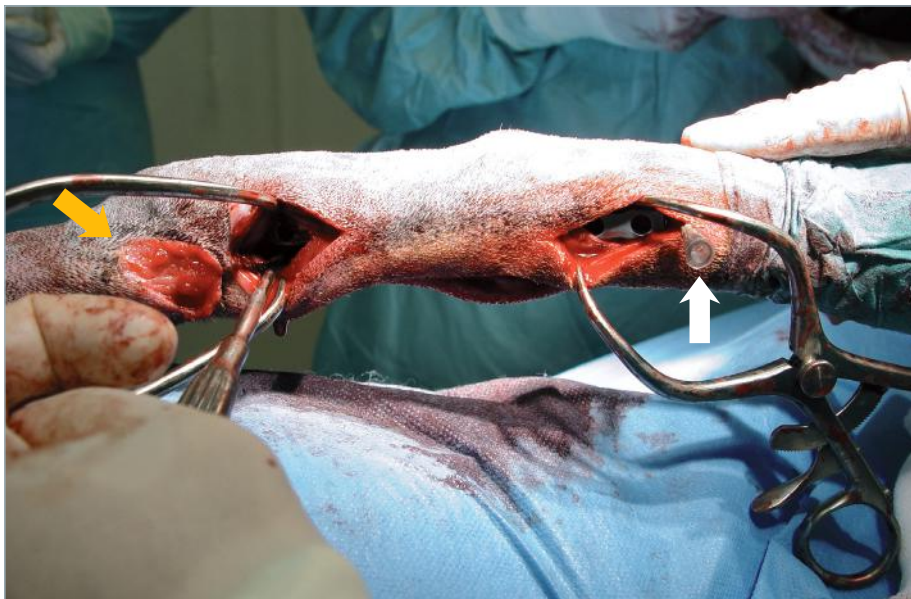
yonu sağlamak ve traksiyonla kas gevşemesini kolaylaştırmak için ekstremitte bir serum askısına asıldı.

İlk olarak, kırık bölgede serkilaj teli ve intramedüller çivinin çıkarıldığı küçük bir medial ensizyon yapıldı. Bakteriyel kültür ve antibiyogram için örnek alındı.)



Daha sonra kraniodistal (Şek. 3) ve kranioproksimal radius düzeyinde iki deri ensizyonu yapıldı. Ekstensor tendolar ve içinden bir kilitli plak yönlendirilebilecek radius arasından Metzenbaum makasının kör uçları ile yapılan bir tünel oluşturuldu.

Şekil 3. Radiusun distal kısmında ensizyon.



Antebrachial karpal eklem hipodermik bir iğne yardımıyla belirlendi (Şek. 4). Ayrıca bandajın yanlış uygulanmasından kaynaklanan derideki hasarı da göstermektedir.

Şekil 4. Radiusun proksimal ve distal seviyesindeki ensizyonlar. Antebrachio karpal eklem bir hipodermik iğne yardımıyla belirlenir (beyaz ok). Sarı ok yanlış bandajlama tekniğinin neden olduğu derideki hasarı göstermektedir.

Yara daha sonra yıkandı ve kapsülorafi yapmadan önce yıkama solüsyonu aspire edildi. Derin gluteal kas tendonu, emilebilir bir dikiş kullanılarak yatay U dikişi ile dikildi. Fasiya lata, aynı dikiş malzemesi kullanılarak sürekli dikiş ile dikildi. Geri kalan kısımlar rutin olarak kapatıldı.

Postoperatif dönemde 5 gün süreyle Tramadol (3 mg / kg / 8h) uygulandı. Ameliyat sonrası ventrodorsal radyografi alınması gerekli görülmedi.

İyileştikten sonra, hastada şişkinliği azaltmak ve etkilenen ekstremitenin fonksiyonunun geri kazanılmasını sağlamak ve aynı zamanda önceki dört ay boyunca anormal ağırlık taşımının sonuçlarını (kas kontraktürleri, kas hipotrofisi ve torakolomber ve servikal omurgadaki postural ağrılar) hafifletmek için fizik tedavi verildi.

Pirulo iyi iyileşti ve ameliyattan 45 gün sonra taburcu edildi. Dört ay sonra tamamen işlevsel olan bu ekstremitede daha fazla ağrı belirtisi göstermedi.

Olgu Analizi

Hata mı Cerrahi Komplikasyon mu?

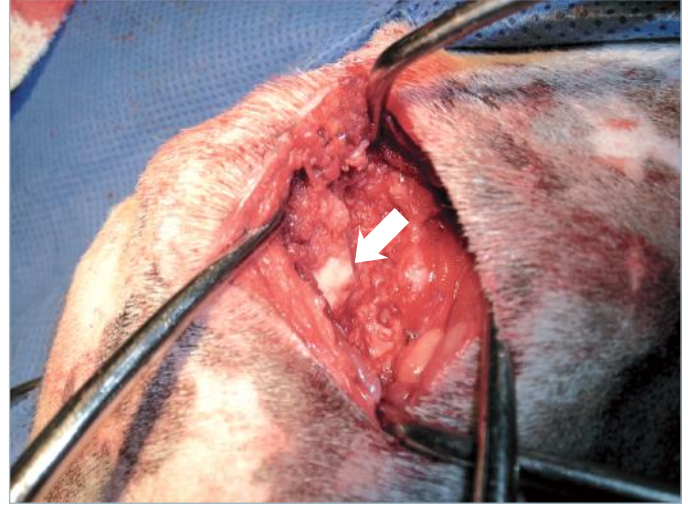
Bu olguda birçok hata yapıldı:

- Anatomik düzlemleri ve yapıları yeterince diseke etmeden veya belirlemeden yanlış pozisyonda femur başı ve boyunun osteotomisini yapmak.
- Osteotominin uygun olmayan durumda veya uygun olmayan aletlerle yapılması.
- Herhangi bir problemi veya komplikasyonu tespit etmek ve düzeltmek için hastayı postoperatif yakın dönemde izlememek.

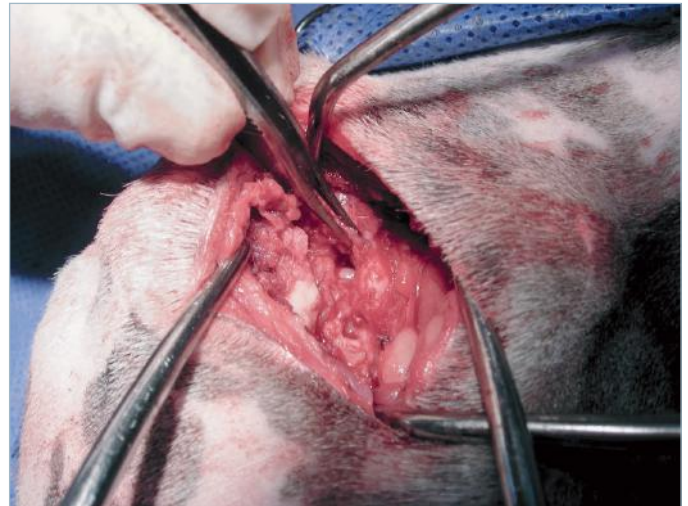
Doğru Teknik

Aşağıdakiler, femur başı ve boyun eksizyonundaki komplikasyonlardan kaçınmak için tavsiyelerdir:

- Yaklaşımı literatürde önerildiği şekilde yapın.
- Bölgenin anatomik yapılarını tanıyın.
- Daha iyi ekspozisyon için otomatik reraktörleri (Gelpi) ensizyona yerleştirin.
- El reraktörleri (Farabeuf, Army-Navy veya MillerSenn reraktörleri) ile yapıları birbirinden ayırabilen bir asistana sahip olun ve aynı zamanda, uygun bir osteotominin gerçekleştirilebilmesi için ekstremiteleri doğru pozisyonda tutun.
- Femur boyununun daha iyi ekspozite edilmesi için vastus lateralis kasının orijininin (quadriceps femorisin bir kısmı) kısmen disseke edilmesi yararlı olabilir.
- Kemiği kestikten sonra, büyük trohanterden küçük trohantere olan yönün doğru olmasını sağlamak için kesim kontrol edilmelidir (gözlemleyerek ve hatta palpe edilerek).
- Kemik kalıntıları palpe edilirse, yaranın kapatılmasından önce tekrar rezeke edilmelidir, çünkü bu parçalar ağrıya neden olabilir (ve postür ve / veya ağırlı bir yürüyüşün hafifletilmesine neden olabilir).
- Kemik yüzeyi düzensizse, düzeltmek için ronjur, forseps veya diğer aletleri kullanın.



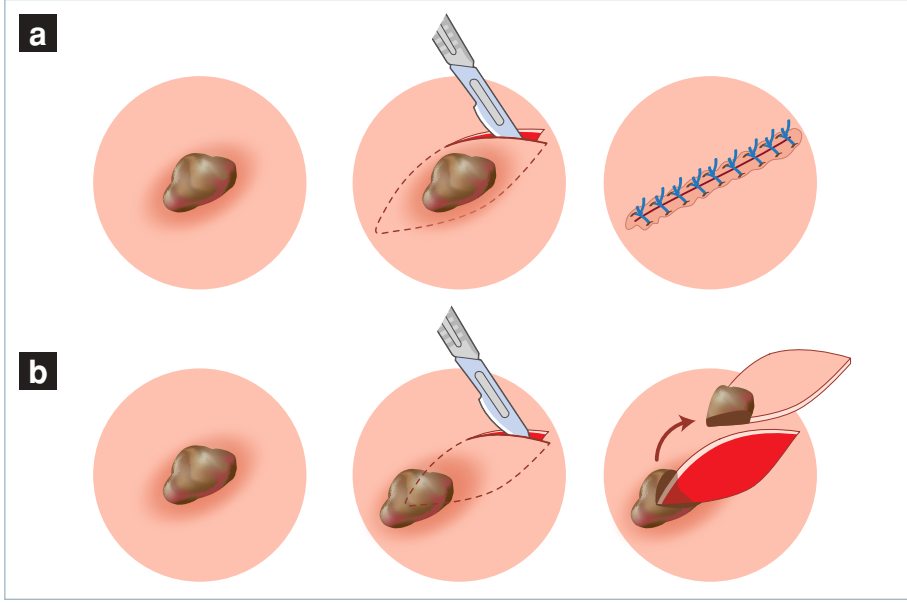
Şekil 8. Osteotomiden sonra femurun görünümü. Büyük trohanterden femurun küçük trohanterine olan kesim açısına (ok) dikkat edin.



Şekil 9. Osteotomi sonrası femurun görünümü.



Şekil 10. Femur boynu kalıntılarının görülebildiği osteotomi geçirmiş kemik parçası.



Şekil 3. Eksizyonel biyopsi (a) ve ensizyonel biyopsi (b) arasındaki fark.

Olgu Analizi

Hata mı, Cerrahi Komplikasyonlar?

Bu olguda, birkaç klinik inceleme hatası yapıldı. Bir tarafta sol gözün tam muayenesi ve biyopsisi yapılmadı, ve diğer taraftan da fibromanın rezeksiyonu yapıldığında gözün kaybedilme ihtimaline karşılık hastanın sevkı yapılmadı.

Hasta sahibi ikinci ihtimali düşünmemiş olsa, hasta gözünü kaybeder veya muhtemelen ülserleşmiş gittikçe enfekte duruma gelen bir doku yapısı ile karşı karşıya gelecekti.

Fibroma tüm ırklarda oluşur fakat genellikle erişkin köpeklerde görülür. Bunlar deri ve subkutan dokuların konnektif doku fibroblastlarından köken alan benign tümörlerdir. Bu tümörler büyük oranda dudak, göğüs ve kafada oluşur ve katı haldedirler. Aynı zamanda katı ve elastik kıvamda hissedilebilirler ya da yumuşak veya viskoz olabilirler.

Fibromaların tedavileri opsiyonel olmasına karşın, belli bir büyüklüğe ulaşmalarından dolayı tam cerrahi rezeksiyonları tavsiye edilir. Rezeksiyonun tedavi edici özelliği vardır.

Doğru Teknik

Hasta usulünce anestezi edilir ve cerrahi müdahale alanı hazırlanır. Tümörün rezeksiyonu 3. göz kapağı bölgesinde güvenli bir sınır bırakılarak yapıldı. Yeni oluşum geniş bir taban üzerinde olmadığından, eşkenar dörtgen şekilli ensizyon yapıldı.

Kanama kontrol altına alındıktan sonra deri küt diseksiyonla hafifçe subkutan dokulardan ayrıldı ve emilemeyen 4-0 monofilament dikiş materyali ile dikildi. Hasta anesteziden uyandığında sahibine dikişlerin alınmasına kadar köpeğe Elizabeth yakalığını takması konusunda bilgi verildi. Nonsteroidal antiinflamatuvar ve topikal bir antibiyotik uygulaması tavsiye edildi. Dikişler 7 gün sonra uzaklaştırıldı.

Hafif sikatriksel entropion operasyon sonucu olarak kaldı (Şek. 4). Bu durum Wharton-Jones (V-Y) blefaroplasti ile düzeltilebilirdi fakat hasta sahibi işlemi istemedi.



Şekil 4. Cerrahi müdahaleden beş ay sonra Juno'nun gözünün görünümü.

Cerrahide Hata ve Komplikasyonlar

Simbada, yara kenarlarının maruz kaldığı gerilim, yara açılmasına neden oldu. Özellikle yara göğüs kafesinin gerilme hatlarına dik olduğundan, gerginliği en aza indirmek için cerrah bir deri flep kullanmalıydı.

Yara kenarlarının gerilim altında olduğundan şüphe varsa, dokunun düzgün bir şekilde iyileşmesini sağlamak için gerginliği en aza indirecek bir deri flebi veya plasti tasarlanmalıdır.

Doğru Teknik

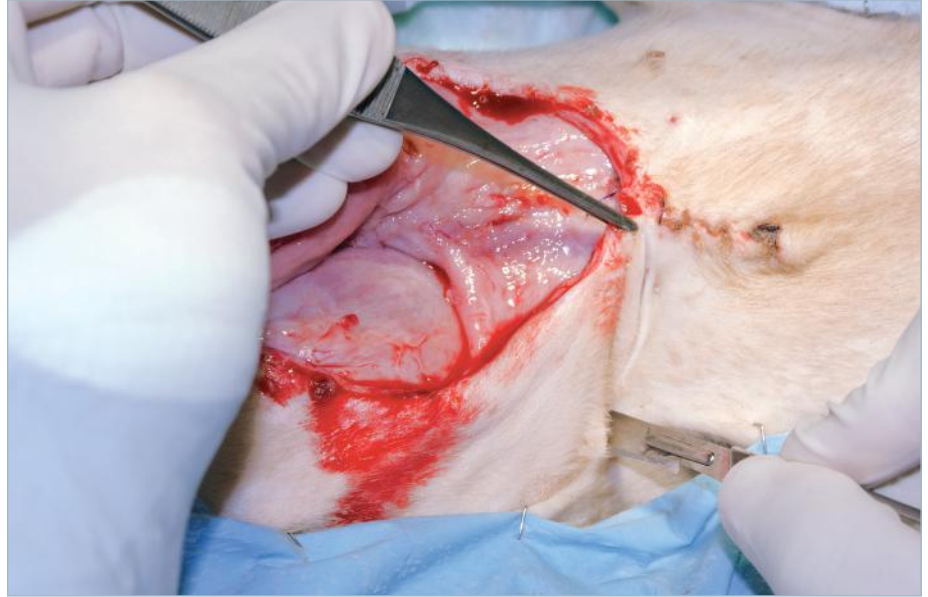
Gerilim hatlarına dik bir yaranın, özellikle kutanöz defekt önemli oranda ise, ayrılmaya maruz kalması muhtemeldir (Şek. 2).



Şekil 2. Dikişlerin uzaklaştırılması sonrası defektin görünümü.

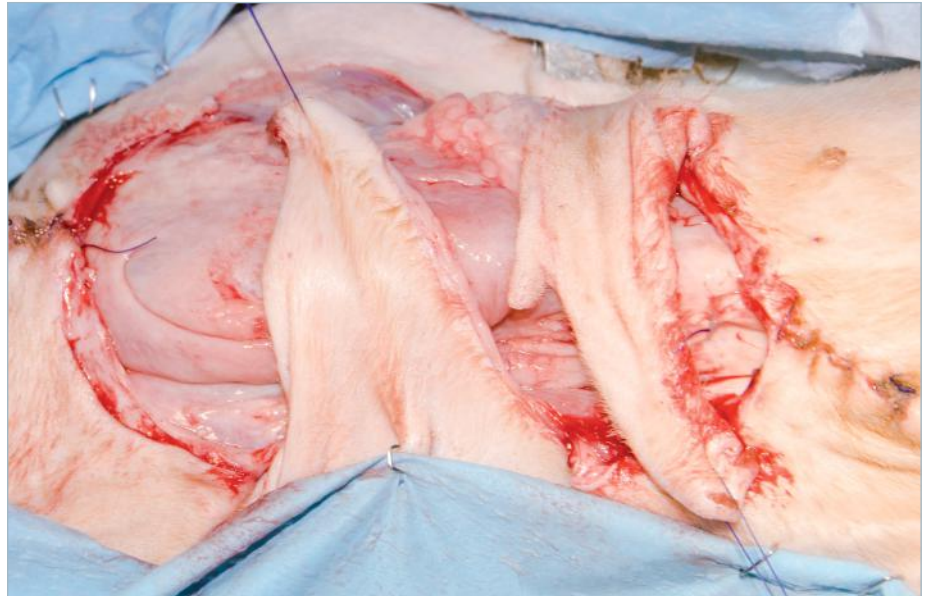
Dikişlerin aşağıda gösterildiği gibi gerdirmeye hatlarına dik yönde olmasını önlemek için bir Z-plasti yapılabilir. Bu teknik Simba'nın durumunu düzeltmek için düşünüldü.

Z-plasti yaranın yönünü değiştirir, böylece gerilim yara hatlarına paralel kalır. İki deri üçgeni defektin üzerinde oluşturulur ve döndürülür, böylece merkezi kısmı rahatlar. Flepler, gerginlik hatlarına paralel olacak şekilde yaranın her iki tarafında iki kesi yapılarak oluşturulur (Şek. 3).



Şekil 3. Kutanöz defekt iki üçgen flep kullanılarak kapatılır.

Subkutan doku daha sonra her üçgenin altına disseke edilir ve flepler zıt yönlerde döndürülür (Şek. 4).



Şekil 4. Üçgen flepler, bu resimde gösterildiği gibi, yarayı kapatmak için yaranın tabanlarında oluşturulur ve döndürülür.

Küçük Hayvan Cerrahisi serisindeki bu yeni kitap; kedi ve köpeklerde yapılan rutin cerrahi uygulamalarında karşılaşılabilen hata ve komplikasyonları gözden geçirmek için dizayn edilmiştir.

Bu kitap, kişi ne kadar tecrübeli olursa olsun hatanın her an ortaya çıkabileceği gerçeğinden hareketle, profesyonel kariyer veya asistanlığına yeni başlayan cerrahların yanı sıra daha deneyimli Veteriner Hekimler için de tasarlanmıştır. Ayrıca, Veteriner Hekimlere ameliyat sırası ve sonrasında ortaya çıkabilecek sorunların çözümünde yol gösterecek ve bu sorunları önceden tahmin etmelerine yardımcı olacaktır.

ARADIĞINIZ TÜM TIP KİTAPLARI BU ADRESTE



www.guneskitabevi.com

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43
Faks: (0212) 356 87 44

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel&Faks: (0216) 546 03 47



Türkiye'nin her yerinden...
0505 734 13 13



ISBN: 978-975-277-846-7



9 789752 778467